



Portail de l'innovation en santé : Archive des pratiques novatrices

Thème : Mesures et rapports de rendement

Janvier 2014



Health Council of Canada
Conseil canadien de la santé



Sélectionné tableau de sortie Recherche (janvier 24, 2014)

TERMES DE RECHERCHE:	N/A	LOCATION:	Tout
THÈME DE LA SANTÉ:	Gestion des produits pharmaceutiques	CADRE CATÉGORIE:	Tout
HEALTH SECTOR:	Tout	RÉSULTATS DE LA RECHERCHE:	26 résultats sur 18

1. Adopting Research to Improve Care Project (ARTIC)

Implementation Year: Mercredi, janvier 6, 2010 - 14:30	Location: Ontario	Practice Website: http://caho-hospitals.com/partnerships/adopting-research-to-improve-care-artic/
---	-------------------	---

SNAPSHOT:

This innovative practice aims to integrate evidence-based research into the systematic improvement of health care service quality. The 'Adopting Research to Improve Care' Project (ARTIC) was launched through the network of the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) in 2010 and has initiated six evidence implementation projects to date.

CONTACT INFORMATION:

Name: Chris Paterson **Title:** Director, Stakeholder Relations Organization **Council of Academic Hospitals in Ontario** **Email address:** cpaterson@caho-hospitals.com **Telephone number:** 416-402-4461

2. Quality Improvement Training and Support

Implementation Year: Dimanche, décembre 9, 2007 - 15:45	Location: Ontario	Practice Website: http://www.hqontario.ca/quality-improvement/primary-care
--	-------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice provides quality improvement (QI) training and support to primary care practices. The practice was launched Ontario and has involved 750 interprofessional practice-based teams supported by QI coaches.

CONTACT INFORMATION:

Susan Taylor Program Manager Health Quality Ontario **Telephone:** 416-323-6868 ext. 245 **Email:** Susan.Taylor@hqontario.ca

3. Patient Enrolment with a Primary Care Provider

Implementation Year: Mardi, décembre 9, 2003 - 15:45	Location: Ontario	Practice Website:
---	-------------------	-------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice involving patient enrolment in a primary health care practice formalizes an ongoing relationship between primary care providers and patients; provides the basis for population-based funding, capitation-based provider payment, and primary care performance measurement; and facilitates pro-active preventive care and chronic disease management. The practice has been implemented in Ontario in most primary care settings and involves more than three quarters of Ontario residents and primary care physicians.

CONTACT INFORMATION:

Phil Graham Manager, Family Health Teams and Related Programs Primary Care Branch Negotiations and Accountability Management Division **Ontario Ministry of Health and Long-Term Care** **Telephone:** 416-212-0832 **Email:** Phil.Graham@ontario.ca



4. Physicians Data Collaborative

Implementation Year: Dimanche, décembre 9, 2012 - 15:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
---	--	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice involves the creation of a network of physicians' offices that enables the collaborative use of clinical data generated by an electronic medical record (EMR) to improve patient care. The practice was launched in British Columbia and currently involves 23 of BC's 33 geographically based divisions of family practice.

CONTACT INFORMATION:

Claire Doherty Executive Director Physicians Data Collaborative physiciansdatacollaborative@yahoo.ca

5. Patients as Partners—Patient Voices Network

Implementation Year: Mercredi, décembre 9, 2009 - 15:30	Location:	Practice Website:
---	------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice improves health care through patient, family, and caregiver engagement in voice, choice, and representation in health reform and quality improvement. The practice was launched province-wide in British Columbia and involves patients, families, and caregivers working in partnership with health system decision-makers. The Institute for Healthcare Improvement's Triple Aim is a guiding principle of the Patient Voices Network.

CONTACT INFORMATION:

Caryl Harper Ministry of Health Patients as Partners: Patient Voices Network 3-2, 1515 Blanshard St. Victoria, BC V8W 3C8 Telephone: 604-742-1772 Email: connect@patientvoices.ca

6. Improving Medication Prescribing and Outcomes Via Medical Education (Manitoba IMPRxOVE™)

Implementation Year: Vendredi, décembre 9, 2011 - 15:00	Location: Manitoba	Practice Website:
---	---------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

This innovative practice improves safety and health outcomes for patients receiving medications for mental health conditions and involves family physicians, psychiatrists, and a private sector information technology and clinical analytics firm. The practice was launched in Manitoba in June 2011 to approximately half of the physicians eligible for the program. It was rolled out to remaining physicians in January 2013.

CONTACT INFORMATION:

Jeff Onyskiw, A/Director Manitoba Health – Drug Management Policy Unit 3014 - 300 Carlton Street Winnipeg, Manitoba R3B 3M9 Telephone: (204) 788-6436 Email: Jeff.Onyskiw@gov.mb.ca

7. Engaging Medical Assistants—A Patient- Centred Medical Home Chronic Care Model at the DFD Russell Medical Center

Implementation Year: Jeudi, décembre 9, 1999 - 14:15	Location: International	Practice Website: http://www.dfdrussell.org/
---	--------------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative practice improves quality of care in the context of increased prevalence of chronic illnesses. There are currently three federally qualified community health centres operating under the interprofessional DFD Russell Medical Center in Maine, USA. This chronic care model capitalizes on health human resources by employing medical assistants as part of the health care team and participates in broader state-wide and national initiatives to promote the integration of patient-centred medical homes.



CONTACT INFORMATION:

Name: Catherine Dower **Title:** Associate Director **Organization:** Center for the Health Professions **Email address:** cdower@thecenter.ucsf.edu
Telephone number: 1 (415) 476-1894 **Information last updated on:** September 20, 2013

8. Better Outcomes Registry & Network (BORN)

Implementation Year: Mercredi, décembre 9, 2009 - 14:00	Location: Ontario	Practice Website: http://www.bornontario.ca/en/about-born/
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

This innovative program collects, shares and protects data around each child born in Ontario to inform subsequent programming for maternal and child health care and services, and broader quality improvement in the province. The Better Outcomes Registry & Network (BORN) was established in 2009 through the Children's Hospital of Eastern Ontario in Ottawa. In the 2011 to 2012 fiscal year, BORN collected data on 142,376 babies across the province, and now connects more than 5000 users to data that span all levels of care from pre-pregnancy to early childhood.

CONTACT INFORMATION:

Name: Mari Teitelbaum **Title:** Director **Organization:** BORN **Email address:** info@BORNOntario.ca **Telephone number:** 613.737.7600 x 6022
Information last updated on: November 12, 2013

9. programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de Fraser Health : des services de soutien communautaires en santé mentale pour les patients atteints de schizophrénie qui souffrent d'une psychose résistante au traitement

Implementation Year: Vendredi, octobre 7, 2011 - 13:00	Location: Colombie-Britannique	Practice Website:
--	--	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde le besoin d'assurer une gestion dans la collectivité ainsi que des services de soutien pour les patients schizophrènes qui souffrent d'une psychose résistante au traitement. Lancé en juillet 2011 dans une régie de la santé (Fraser Health), le programme met à contribution une clinique centrale ainsi que trois équipes de services communautaires.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dre Terry Isomura **Titre :** Directrice médicale des programmes, santé mentale et consommation de drogues et d'alcool **Organisme :** Fraser Health Authority **Courriel :** terry.isomura@fraserhealth.ca **Téléphone :** 604-587-4453

10. Lowering Cardiovascular Risk in Primary Care: Primary Care Connect, the Comprehensive Vascular Disease Prevention and Management Initiative (CVDPMI) ou la diminution des risques cardiovasculaires dans les soins primaires : Primary Care Connect, l'initiati

Implementation Year: Jeudi, octobre 7, 2010 - 13:00	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice aborde la question des résultats pour la santé et des expériences avec les traitements parmi les patients atteints d'une maladie vasculaire. La pratique, qui a été lancée dans six établissements de médecine familiale en Ontario, faisait appel à un réseau de collaboration constitué d'infirmières autorisées, de médecins de famille, de spécialistes, de pharmaciens et d'autres membres de professions paramédicales.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Maribeth Casey **Titre :** Directrice, Groupe médical, prévention et gestion des maladies chroniques **Organisme :** Diversified Health **Courriel :** mbcasey@divcomevents.com **Téléphone :** 905-464-5548 **Dernière mise à jour :** Juillet 2013

11. The Stroke and TIA Collaborative ou le collectif sur l'AVC et l'accident ischémique transitoire



Implementation Year: Jeudi, septembre 8, 2011 - 00:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/stroke-and-tia/
--	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice améliore la gestion des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ainsi que l'utilisation des indicateurs. Lancée dans 29 établissements en Colombie-Britannique, la pratique faisait appel à un corps professoral composé de quatre neurologues spécialistes de l'AVC, d'une infirmière clinicienne enseignante, d'un urgentologue, d'un coordonnateur des soins pour les victimes d'AVC, d'une équipe d'évaluation rapide des AVC, d'un survivant d'un AVC, et de 17 équipes de professionnels de la santé qui participaient au collectif.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Devin Harris **Titre :** Responsable de clinique **Organisme :** Stroke and TIA Initiative **Courriel :** devinh@shaw.ca; dharris@bcpsqc.ca
Téléphone : S.O. **Dernière mise à jour :** Le mercredi 26 juin 2013

12. Rencontres sur le rendement : rassembler les équipes interprofessionnelles afin d'améliorer la qualité et la sécurité

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 00:45	Location: Ontario	Practice Website:
--	--------------------------	--------------------------

SNAPSHOT:

Cette pratique novatrice est un moyen pour les équipes interprofessionnelles de communiquer, de collaborer et de surveiller les progrès réalisés dans le but d'améliorer la qualité au point de service. Lancée en Ontario en novembre 2011, cette pratique interactive a lieu dans plusieurs unités de soins aux patients réparties entre trois sites d'un organisme de santé.

CONTACT INFORMATION:

Nom : Kiki Ferrari **Titre :** Directrice exécutive, Services cliniques **Organisme :** William Osler Health System **Courriel :** kiki.ferrari@williamoslerhs.ca
Téléphone : 905-494 2120, poste 50167 **Dernière mise à jour :** Le 6 mai 2013

13. Registre des méthodes et des outils d'application des connaissances en santé publique

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:15	Location: National	Practice Website: http://www.nccmt.ca/registry/index-eng.html
---	---------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Name: Pamela Forsyth **Title:** Managing Director **Organization:** National Collaborating Centre for Methods and Tools **Email address:** forsyp@mcmaster.ca **Telephone number:** 905-525-9140, ext. 20450 **Information last updated on:** March 22, 2013

14. Path to Care: Referral and Wait Time Measurement and Management (itinéraire vers les soins : mesure et gestion de l'orientation et du temps d'attente)

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:45	Location: Alberta	Practice Website: http://www.albertahealthservices.ca/
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Allison Bichel, M.H.P., M.B.A. **Titre :** Directrice exécutive, Accès **Organisme :** Alberta Health Services **Courriel :** allison.bichel@albertahealthservices.ca **Téléphone :** 403-617-6642

15. Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse – Déclaration des temps d'attente



Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:15	Location: Nouvelle-Écosse	Practice Website: http://breastscreening.nshealth.ca/
--	----------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Ryan Duggan Titre : Analyste de données et coordonnateur de projet Organisme : Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse Courriel : Ryan.Duggan@cdha.nshealth.ca Numéro de téléphone : 902-488-0839

16. Site Internet QualityInsight.ca du Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 13:00	Location: Saskatchewan	Practice Website: http://www.qualityinsight.ca/
--	-------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Rosemary Gray, directrice de programme Organisme : Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan Courriel : rgray@hqc.sk.ca Téléphone : 306 668-8810, poste 116

17. Plans d'amélioration de la qualité

Implementation Year: Samedi, février 6, 2010 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website: http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/quality_improve.aspx
---	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Jillian Paul Titre : Gestionnaire Organisme : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée Courriel : jillian.paul@ontario.ca Téléphone : (416) 325-5600

18. Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CAQSSP)

Implementation Year: Mercredi, février 3, 2010 - 00:30	Location: Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard	Practice Website: http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx
--	---	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Theresa Fillatre, MHSA, I.L., B. S. soc., C. H. E. Titre : présidente de la Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients et directrice régionale principale de l'ICSP Organisme : Institut canadien pour la sécurité des patients Courriel : tfillatre@ICSP-icsp.ca Téléphone : 902 221-4719

19. Transformation by Design (transformation par le réaménagement)

Implementation Year: Mardi, février 3, 2009 - 00:30	Location: Ontario	Practice Website: http://www.providence.on.ca
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:



CONTACT INFORMATION:

Nom : Heidi Hunter **Titre :** Gestionnaire en amélioration de la qualité **Organisme :** Providence Healthcare **Courriel :** hhunter@providence.on.ca
Téléphone : 416-285-3666, poste 4424

20. Responsive Intersectoral Children's Health, Education, & Research (RICHER) Initiative

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:30	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: http://www.bcchildrens.ca/Services/SpecializedPediatrics/RICHERInitiative/default.htm
---	---------------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Nom : Dr Judith Lynam **Titre :** Professeure et directrice de la recherche, initiative RICHER **Organisme :** School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique **Courriel :** judith.lynam@nursing.ubc.ca **Téléphone :** 604 822-7476

21. Les rapports sur les indicateurs des soins à domicile de Qualité des services de santé Ontario

Implementation Year: Vendredi, février 12, 2010 - 00:15	Location: Ontario	Practice Website: http://www.hqontario.ca/
--	--------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Name: N/A **Title:** N/A **Organization:** Health Quality Ontario **Email address:** <mailto:info@hqontario.ca> **Phone number:** 416-323-6868

22. L'histoire de CHRIS (acronyme anglais du Client Health Related Information System : système de renseignements concernant la santé du client)

Implementation Year: Jeudi, février 3, 2011 - 00:00	Location: Ontario	Practice Website: www.ccac-ont.ca/Upload/oaccac/General/MA03.pdf
--	--------------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

23. Patient Safety in the Netherlands

Implementation Year: Samedi, février 3, 2007 - 00:15	Location: International	Practice Website: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-5-50.pdf
---	--------------------------------	--

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Name: Mirjam Harmsen **Title:** Author and PI **Organization:** Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands **Email address:** M.Harmsen@iq.umcn.nl

24. Rapports sur les soins de longue durée

Implementation Year: Mardi, février 1, 2011 - 00:15	Location: Ontario	Practice Website: www.ohqc.ca
--	--------------------------	---



SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Name: N/A Title: N/A Organization: Health Quality Ontario Email address: info@hqontario.ca Phone number: 416-323-6868 Last updated: 2012

25. Bases de données documentaire et statistique sur la santé du Centre métis

Implementation Year: Mardi, février 3, 2009 - 00:15	Location: National	Practice Website: www.naho.ca/Métiscentre
---	--------------------	---

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Name: N/A Title: N/A Organization: National Collaborating Centre for Aboriginal Health Email address: nccah@unbc.ca Telephone number: (250) 960-5644

26. « Hook and Hub » : Collecte d'informations par l'Université de Victoria sur les noyaux multiservices exploitées par les Premières nations

Implementation Year: Dimanche, février 3, 2008 - 00:45	Location: Colombie-Britannique	Practice Website: www.ecdip.org
--	--------------------------------	---------------------------------

SNAPSHOT:

CONTACT INFORMATION:

Name: Jessica Ball Title: Professor, author Organization: Early childhood development intercultural partnerships (University of Victoria) Email address: jball@uvic.ca Phone number: (250) 472- 4128



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Adopting Research to Improve Care Project (ARTIC)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

SNAPSHOT: This innovative practice aims to integrate evidence-based research into the systematic improvement of health care service quality. The ‘Adopting Research to Improve Care’ Project (ARTIC) was launched through the network of the Council of Academic Hospitals of Ontario (CAHO) in 2010 and has initiated six evidence implementation projects to date.

PRACTICE DESCRIPTION:

The Council of Academic Hospitals of Ontario is a non-profit association involving 24 academic hospitals across Ontario. Each member hospital is directly affiliated with a university medical or health sciences faculty and focuses on the bridging of research and teaching to provide innovative and specialized patient care. Based on the Council’s Strategic Plan for 2010-2015, the internal governance is structured to facilitate collaboration among experts and prioritize multidisciplinary leadership.

The projects below represent the six projects that have been implemented to date. Each project was selected after undergoing a rigorous research application process. In 2010, the ARTIC Projects were funded by the Council of Academic Hospitals in Ontario with each participating hospital providing in kind support and human resources. After recognizing the impact of these programs on systematic implementation of new evidence, CAHO received another \$6.3 million over three years, aligning with the Excellent Care for All Strategy (<http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ecfa/>).

2010-2011:

- 1) ‘Handy Audit’—an innovative auditing tool that measures hand hygiene compliance in health care settings.
- 2) ‘Canadian C-Spine Rule’—a clinical decision tool for emergency department nurses; designed to reduce wait times and approve appropriateness of care by identifying patients who do not require immobilization.

2011-2012:

- 3) ‘Move-On’—an interprofessional approach to focus on mobilization of elderly patients staying in hospital.
- 4) ‘Antimicrobial Stewardship Program’—optimization of antimicrobial use in intensive care units.

2012-2013:

- 5) ‘Transitional Discharge Model’—support of successful transition from hospital to the community for people diagnosed with mental illness.
- 6) ‘Implementing an Enhanced Recovery after Surgery’—a guideline to implement a range of interventions for patients undergoing colorectal surgery.

Affiliated hospitals and research institutes include: Baycrest Centre for Geriatric Care, Baycrest Centre for Addiction and Mental Health, Bruyère Continuing Care, Children’s Hospital of Eastern Ontario, Hamilton Health Sciences, Health Science North, Hôpital Montfort, Hotel Dieu Hospital Kingston, Kingston General Hospital, Lawson Health Research Institute, London Health Sciences Centre, Mount Sinai Hospital, North York General Hospital, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Providence Care, Royal Ottawa Health Care Group, St. Joseph’s Healthcare Hamilton, St. Joseph’s Health Care London, St Michael’s Hospital, Sudbury Regional Hospital, Sunnybrook Health Sciences Centre, The Hospital for Sick Children, The Ottawa Hospital, Toronto Rehabilitation Institute, Thunder Bay Regional Health Sciences Centre, University Health Network, and Women’s College Hospital.

IMPACT:



As part of CAHO's mandate, each initiative under ARTIC has involved an integrated evaluation. To briefly summarize reports on the successes of the respective initiatives:

- 1) The 'Handy Audit' was completed as of December 2011 and 15 of the 16 participating hospitals have renewed their contracts with the Handy Metrics distribution company.
- 2) The 'Canadian C-Spine Rule' has passed testing for accuracy, reliability, and safety among triage nurses and has been widely adopted by emergency department physicians across member hospitals.
- 3) The impact of 'Move On' has not yet been publically shared but it is working collaboratively with 14 member hospitals and is expected to improve rates of regular mobilization in hospitalized elderly patients (currently estimated at less than 30%).
- 4) The anticipated effect of the 'Antimicrobial Stewardship Program' will reduce antimicrobial use in intensive care units by 12-25% and reduce antimicrobial costs to the units by 23-41%; the program is currently participating with 12 collaborating health centres/hospitals.
- 5) In a study involving 4 psychiatric facilities, length of stay was reduced by an average of 116 days per client after the introduction of the 'Transitional Discharge Model'. This resulted in \$12 million worth of freed bed space from the 200 intervention group compared to the control group and \$4,400 of reduced consumption of hospital and emergency room services per person in year post discharge.
- 6) The 'Implementing an Enhanced Recovery After Surgery' project demonstrated a 50% decrease in postoperative complications and reducing average length of stay postoperative care by 2 or more days.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

ARTIC is one of two broad-reaching partnerships working under the support of the Council of Academic Hospitals for Ontario. The other innovative partnership developed is the Physician Quality Improvement Initiative. This physician-led collaborative program involves all 24 of its member hospitals and provides an opportunity for physicians to share best practices, gain feedback performance, access tools for continuing professional development (<http://caho-hospitals.com/partnerships/physician-quality-improvement-initiative-pqii/>).

ARTIC is currently developing its Knowledge Translation tools in order to advance adoption of research evidence into practice to broader settings.

CONTACT INFORMATION:

Name: Chris Paterson

Title: Director, Stakeholder Relations

Organization: Council of Academic Hospitals in Ontario

Email address: cpaterson@caho-hospitals.com

Telephone number: 416-402-4461

Information last updated on: October 31, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Council of Academic Hospitals in Ontario. (2013). Ontario Research Hospitals : Building a Healthier, Wealthier and Smarter Ontario. 2012-13 Annual Report

http://caho-hospitals.com/wp-content/uploads/2013/09/CAH-103-AR2013_Web.pdf

External Source: <http://caho-hospitals.com/partnerships/adopting-research-to-improve-care-artic/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Quality Improvement Training and Support

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot: This innovative practice provides quality improvement (QI) training and support to primary care practices. The practice was launched Ontario and has involved 750 interprofessional practice-based teams supported by QI coaches.

Practice Description:

In 2007, the Ministry of Health and Long-Term Care established the Quality Management Collaborative, with an initial mandate to assist family health teams (FHTs) to navigate the transition to a new team-based model of primary health care. In 2009, the organization became an independent not-for-profit entity and was renamed the Quality Improvement and Innovation Partnership (QIIP). Its expanded mandate is to support quality improvement across the primary care sector. During 2008 and 2009, QIIP ran a series of three learning collaboratives for interprofessional, practice-based QI teams from FHTs and community health centres (CHCs), modelled on the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough series. Participants received coaching support and focused their quality improvement efforts on chronic disease management (diabetes), prevention (colorectal cancer screening), and office practice redesign (access and efficiency).

In 2010, QIIP launched the Learning Community, which combines virtual and face-to-face learning on the application of QI methods and tools, and support from QI coaches. In Wave 1, interprofessional teams from FHTs and CHCs participated in one or more of six action groups focused on improving chronic disease management (asthma, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes, hypertension), preventive care (integrated cancer screening) and access and efficiency (office practice redesign). Waves 2 through 5 focused on advanced access and efficiency; they were open to practice-based teams from any primary care model. Wave 6 addressed chronic disease management in addition to advanced access and efficiency.

In April 2011, QIIP merged with three other quality-related organizations funded by the ministry to form Health Quality Ontario (HQO). The Learning Community has continued under the new organization.

HQO is about to pilot a CME/e-Learning model that adopts a hybrid approach for delivering QI training and support for advanced access in primary care organizations. Compared to the traditional learning collaborative model, the hybrid model combines fewer learning sessions and less HQO coaching with a series of four online learning modules and peer-champion support. The revised program will allow interprofessional primary care teams to access the program continuously rather than in discrete waves. In partnership with McMaster University, HQO is mounting a demonstration of the hybrid approach with approximately 20 primary care practices.

Impact:

A research team from the Centre for Studies in Family Medicine at Western University and the Centre for Studies in Primary Care at Queen's University conducted a multi-component, mixed method, external evaluation of the three QIIP learning collaboratives that were mounted during the period from 2008 to 2010 (Harris et al., 2013). The evaluation examined the impact of the program on type 2 diabetes management, colorectal cancer screening, access to care, and team functioning. The performance of the practices before and after participation was compared with the performance of randomly selected non-participating practices from the same geographic location and model of care (FHT or CHC) during the same time periods.

Key findings included the following:

- Participants' knowledge of QI methods (the Model for Improvement) and the Chronic Disease Prevention and Management framework increased.
- Participants improved interprofessional capacity in their practice through better understanding of each other's roles and working together to improve patient care.
- The learning collaboratives facilitated improved team interactions, sharing of information and resources, and collaboration among team members.



- QI coaches were instrumental in helping teams implement QI activities.
- The performance of both participating and control practices improved over time.
- Among patients with diabetes, participating practices showed greater improvement in lipid profile monitoring (chart audit), eye examinations (chart audit and administrative data), peripheral neuropathy examinations (chart audit), and documentation of body mass index (chart audit).
- Participating practices showed greater improvement in HbA1c testing of patients with diabetes (administrative data).
- Among patients with HbA1c above the study target (? 7.3%) at baseline, patients in participating practices were more likely than patients in control practices to be at the Canadian practice guidelines target of ? 7.0% post-collaborative (chart audit).
- Participating practices had greater improvement than control practices in the proportion of patients with diabetes whose LDL cholesterol was at target (? 2.0 mmol/L) (chart audit).
- Among patients with diabetes, participating practices had small but statistically significantly greater increases than control practices in prescribing statin and angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE) or angiotensin receptor blocker (ARB) (administrative data).
- Participating practices had greater improvement than control practices in the proportion of eligible patients screened for colorectal cancer (administrative data).
- Participating practices were more likely than control practices to adopt an advanced access model (48% versus 29%). However, the study was not adequately powered for this outcome to detect a difference of this magnitude, and therefore the difference was not statistically significant.
- The median time to third-next available appointment post-learning collaborative was 2.0 days among participating practices and 4.0 days in the control practices. However, the study was not adequately powered for this outcome to detect a difference of this magnitude, and therefore the difference was not statistically significant.

Zorzi et al. (2013) conducted a multi-component formative and summative evaluation of the HQO Advanced Access and Efficiency initiative (Learning Community Waves 3 and 4) in 2011/12. The evaluators urged caution in the interpretation of the summative findings because of the absence of a comparison group and because the patient perspective was not captured. Among their findings:

- Most (91%) of the participating practices reported the time to third-next available appointment measure on a regular basis.
- Almost all of the practices surveyed (80%) were satisfied with their experience in the initiative. Practices in the structured learning stream (six hours/month of face-to-face or virtual coaching support, access to the virtual workspace, monthly calls with participating practices, and two face-to-face learning sessions) tended to be more satisfied (82% satisfied) than those in the self-directed stream (one hour/month of virtual coaching support, access to the virtual workspace, and monthly calls with participating practices) (71% satisfied).
- Two third of practices indicated that the initiative met their expectations completely. Some practices indicated that the program did not meet their expectations, either because it was more time consuming than they expected, or because they didn't perceive the resources and measures to be relevant to the way their practice was set up.
- Key Learning Community strengths identified by participating practices were coaching, QI method/approach, and resources (roadmap and workbook). Key concerns were the time commitment required, the virtual workspace, and measures and specific tools not being applicable to some types of practices.
- QI coaches were considered to be essential by 75% of the practices.
- As of October 2012, 18% of Wave 3 practices and 17% of Wave 4 practices had withdrawn after the first learning session. All withdrawn practices interviewed indicated they left the initiative because there was a lack of interest and buy-in among the team members. In addition, many had difficulty juggling competing priorities with limited time, and some hadn't understood the time commitment that was needed.
- Over half of the participating practices said they were applying the QI principles (plan-do-study-act cycles) from the Learning Community to other aspects of their work. A number of practices mentioned that they have spread their advanced access knowledge and data collection practices across and beyond their organization.
- Eighteen of the 24 practices interviewed found the data reporting aspects of the initiative to be very useful. The data reporting piece was only valuable if the practices were using the measures to identify areas of concern, inform changes, and monitor progress.



- Decreases in time to third-next available appointment (TNA) and cycle time (total length of office visit) were statistically significant, averaging one day per month and one minute per month, respectively.
- Red zone time (percent of the visit spent with a care team member) increased significantly by an average of 1% per month.
- Average improvement in TNA between month one and month six was 2.7 days in the self-directed stream and 5.5 days in the structured stream.
- 52% of teams in the self-directed stream and 66% of teams in the structured stream had moderate (20–49%) or high (> 50%) improvement in TNA.

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

The success of the program is dependent on:

- building relationships with key partners (e.g., medical associations, nursing associations);
- willingness of primary care providers to participate in the initiative;
- targeting participation by all providers on the team rather than individual providers;
- providing information to teams on how the initiative can assist their practice;
- engaging champions to demonstrate the benefits of QI work;
- establishing requirements for QI (e.g., QI plans, alignment of quality indicators with strategic priorities);
- dedicating resources to the coaching of teams;
- the ability of teams to retrieve data from information systems; and
- continuous assessment of the QI training and support program in order to revise practices, methods, and processes based on lessons learned.

Training and support for primary care QI have been implemented in many other jurisdictions internationally and in Canada, including in British Columbia, Alberta, and Saskatchewan.

Contact Information:

Susan Taylor

Program Manager

Health Quality Ontario

Telephone: 416-323-6868 ext. 245

Email: Susan.Taylor@hqontario.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Personal Communication

Dobell, G. (August 25, 2013). [Director, Evaluation and Research, Health Quality Ontario].

Publications



Harris, S., Birtwhistle, R., Brown, J.B., Green, M., Kotecha, J., Reichert, S., ... Webster-Bogart, S. (June 28, 2013). *Evaluation of the Health Quality Ontario quality improvement & innovation partnership learning collaboratives: Final report*. Toronto, ON.

Hutchison, B., Levesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256–288. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x/abstract>

Zorzi, R., Frank, C., Christian, S., McGuire, M., Bakker, P., & Hauseman, C. (January 15, 2013). *Evaluation of Health Quality Ontario's learning community AA&E initiative*. Toronto, ON.

External Source: <http://www.hqontario.ca/quality-improvement/primary-care>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Patient Enrolment with a Primary Care Provider

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Snapshot: This innovative practice involving patient enrolment in a primary health care practice formalizes an ongoing relationship between primary care providers and patients; provides the basis for population-based funding, capitation-based provider payment, and primary care performance measurement; and facilitates pro-active preventive care and chronic disease management. The practice has been implemented in Ontario in most primary care settings and involves more than three quarters of Ontario residents and primary care physicians.

Practice Description:

Patient enrolment is a process in which patients are formally registered with a primary care organization, team, or provider. Patient enrolment facilitates accountability by defining the population for which the primary care organization or provider is responsible, and it facilitates a longitudinal relationship between the patient and provider. Formal patient enrolment with a primary care provider lays the foundation for a pro-active, population-based approach to preventive care, chronic disease management, and systematic practice-level performance measurement and quality improvement. It clearly establishes primary health care providers as health stewards for a defined population rather than providers of services to those who present themselves for care.

Formal patient enrolment is a feature of several primary care physician remuneration and organizational models, including capitation-based blended payment (family health organizations (FHOs) and family health networks(FHNs)), fee-for-service-based blended payment (family health groups, comprehensive care management), and salary-based blended payment (rural and northern physician group agreements, blended salary). In nurse practitioner-led clinics and community health centres, patients register with the organization.

Patient enrolment is voluntary for both patients and physicians. Patients are not required to enrol, even if their regular primary care physician participates in a patient enrolment model. Physicians cannot refuse to enrol a patient because of the patient's health status or level of care based on guidelines of the College of Physician and Surgeons of Ontario. When a patient enrolls with a primary care physician, the patient agrees to seek care first from the enrolling physician's practice, unless the patient is travelling or experiencing a health emergency. Enrollment with a primary care physician has grown from less than 600,000 in 2002 to 10.1 million (74% of the Ontario population) in June 2013.

Impact:

This innovative practice has been implemented widely in Ontario since 2002 and does not have a completed evaluation at this time. An evaluation is underway of patient enrolment in FHGs and FHOs; it is expected to be completed in 2014. Because patient enrolment is linked to specific provider payment and organizational models, the impact of patient enrolment per se is impossible to assess in the Ontario context. While the practice has not been formally evaluated, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

Applicability/Transferability

Patient enrolment has been adapted from other international jurisdictions and was implemented in Quebec in 2002.

Contact Information:

Phil Graham

Manager, Family Health Teams and Related Programs



Primary Care Branch

Negotiations and Accountability Management Division

Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

Telephone: 416-212-0832

Email: Phil.Graham@ontario.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Personal Communications:

Graham, P. (August 20, 2013).

Publications:

Aggarwal, M., & Hutchison, B. (2012). *Toward a primary care strategy for Canada*. Ottawa, ON: Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Retrieved from

English: <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx> (English);
<http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx> (French).

Hutchison, B. & Glazier, R. (2013). Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Affairs*, 32(4), 695–703. Abstract retrieved from <http://content.healthaffairs.org/content/32/4/695.short>

Hutchison, B., Levesque, J.-F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: Systems in motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256–288. Abstract retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x/abstract>

Ontario Ministry of Finance. (2013). *Ontario population projections update 2012–2036*.

Retrieved from <http://www.fin.gov.on.ca/en/economy/demographics/projections/projections2012-2036.pdf>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Physicians Data Collaborative

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Dossiers de santé électroniques
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

Snapshot: This innovative practice involves the creation of a network of physicians' offices that enables the collaborative use of clinical data generated by an electronic medical record (EMR) to improve patient care. The practice was launched in British Columbia and currently involves 23 of BC's 33 geographically based divisions of family practice.

Practice Description:

The Physicians Data Collaborative (PDC) is developing a distributed data network that is driven by front-line physicians and owned by BC's divisions of family practice. The PDC's mission is to operate a trusted physician network that enables doctors to collaboratively use data for improving primary care through:

- local health care initiatives;
- continuous learning; and
- clinical research.

The PDC values 1) ownership and operation by physicians, 2) protection of privacy and safety for providers and patients, and 3) results that are meaningful for physicians in daily practice. The PDC's distributed data network will not collect patient-level data into a centralized hub. Rather, questions (e.g., prevalence of diabetes) will be sent out to participating practices and only answers (e.g., 200/1500 patients have a diagnosis of diabetes) will be input. The hub will summarize the results across practices and present the end-user with reports that would allow for comparisons among practices within a trusted community or region. An iterative approach to system development is being used, with the first releases scheduled for late 2013. These early releases will be deployed with a limited number of EMR systems and a fixed set of primary health care questions of interest. The PDC is funded by membership fees paid by the participating divisions of family practice, set at 3.5% of the division's infrastructure funding (provided by the Ministry of Health through the General Practice Services Committee, a joint committee of the BC Medical Association and the Ministry of Health).

Impact:

An assessment of the costs and savings of this practice has not been completed at this time.

This innovative practice is under development. However, international evidence and experiences suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health.

Applicability/Transferability

The PDC has been inspired by Pegasus Health, an independent practitioner association in Christchurch, New Zealand, which has used clinical data collaboratively over the past 20 years to improve patient care. The practice informant did not identify other practices that PDC had adapted from and was unaware if the practice was used as a model elsewhere in Canada. The success of this specific practice is dependent on timely engagement of stakeholders (including EMR vendors), building consensus among stakeholders, and adoption by physicians.

Contact Information:

Claire Doherty

Executive Director

Physicians Data Collaborative



physiciansdatacollaborative@yahoo.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Physicians Data Collaborative. (2013). *2013 Annual Report*. Retrieved from <https://www.divisionsbc.ca/Media/WebsiteContent/5306/2013-PDC-Annual-Report.pdf>

Physicians Data Collaborative. (February 2013). *Update #4 : What has the Physicians Data Collaborative been doing lately?* Retrieved from <https://www.divisionsbc.ca/Media/WebsiteContent/5306/PDC-Update4-February2013.pdf>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Patients as Partners—Patient Voices Network

LOCATION:		THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

Snapshot: This innovative practice improves health care through patient, family, and caregiver engagement in voice, choice, and representation in health reform and quality improvement. The practice was launched province-wide in British Columbia and involves patients, families, and caregivers working in partnership with health system decision-makers. The Institute for Healthcare Improvement's Triple Aim is a guiding principle of the Patient Voices Network.

Practice Description:

The Patient Voices Network (PVN) is a Patients as Partners initiative of the Ministry of Health. The PVN is administered by ImpactBC, a non-profit organization funded by the Ministry of Health to support health care improvement. PVN's work is guided by a provincial committee that includes health authority representatives, health care providers, non-governmental agencies, and patient partners. PVN recruits network members, helps build their skills, and supports patients, families, and caregivers to use their experiences to contribute to health system decision-making. PVN offers in-person orientation workshops to prepare PVN volunteers for their role as patient partners with decision-makers. It also matches volunteers with opportunities to work with health care providers and decision-makers, including the Ministry of Health, health authorities, the BC Medical Association, the General Practice Services Committee, physician joint clinical committees, and other non-governmental and community organizations. The network currently has over 1,500 volunteers who have been matched with more than 900 engagement opportunities.

Based on a model developed by the International Association of Public Participation, Patients as Partners defines five categories of patient and public engagement:

- Inform – Patients receive balanced and objective information to help them understand the problem, alternatives, opportunities, and/or solutions.
- Consult – Patient feedback is obtained on analysis, alternatives, and/or decisions.
- Involve – Physicians working directly with patients throughout a process to ensure that patients' concerns and feedback are consistently understood and considered.
- Collaborate – Patients participate as equal partners in each aspect of the decision, including the development of alternatives and the identification of a solution.
- Empower – Final decision-making is in the hands of the public.

The Network helps match volunteers to opportunities based on their desired level of engagement and their specific needs.

Impact:

This innovative practice has been implemented since 2009. Quality improvement initiatives, plan-do-study-act (PDSA) cycles, personal testimonials, observations, and early results suggest that the practice can lead to improved performance metrics and has the potential to produce positive outcomes on health, lower costs, and better patient and provider experience.

Applicability/Transferability

The practice informant did not indicate other practices that Patients as Partners adapted from. However, New Brunswick is in the process of implementing a similar program, although not in collaboration with Patients as Partners.

The success of this specific program is dependent on establishing supportive, trusting, and collaborative partnerships with a variety of stakeholders (Patients as Partners Initiative); building the capacity of patients to participate; implementing guidelines and criteria for volunteers; and measuring performance continuously.



Contact Information:

Caryl Harper

Ministry of Health

Patients as Partners: Patient Voices Network

3-2, 1515 Blanshard St.

Victoria, BC V8W 3C8

Telephone: 604-742-1772

Email: connect@patientvoices.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Government of British Columbia. (n.d.). *Patient voices network*. Retrieved from http://www2.gov.bc.ca/govtogetherbc/consultations/patients_as_partners.page

Impact BC. (n.d.). *The patient voice*. Retrieved from <http://www.impactbc.ca/what-we-do/the-patient-voice>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Improving Medication Prescribing and Outcomes Via Medical Education (Manitoba IMPRxOVE™)

LOCATION:	Manitoba	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

Snapshot:

This innovative practice improves safety and health outcomes for patients receiving medications for mental health conditions and involves family physicians, psychiatrists, and a private sector information technology and clinical analytics firm. The practice was launched in Manitoba in June 2011 to approximately half of the physicians eligible for the program. It was rolled out to remaining physicians in January 2013.

Practice Description:

In June 2011, Manitoba Health launched the Manitoba IMPRxOVE™ program. Manitoba contracted with Comprehensive NeuroSciences of Canada (CNSC), a wholly owned subsidiary of U.S.-based Care Management Technologies, to develop the program. Manitoba IMPRxOVE™ delivers an audit and feedback intervention based on CNSC's proprietary clinical algorithms to improve safety and health outcomes for Manitobans who are receiving medications for mental health conditions. CNSC conducts monthly reviews of the pharmacy claims data in the Ministry of Health's Drug Program Information Network (DPIN). The purpose of these reviews is to evaluate the quality and appropriateness of the prescription of behavioural medications, and to identify patients at risk due to inappropriate use. If a prescribing pattern that places a patient at risk of a negative health outcome is identified, feedback in the form of evidence-based, patient-specific information—including prescribing alternatives—is mailed to the physician for consideration. Prescribing and treatment decisions remain with the treating physician, based on assessment of patient needs. Before the program was launched, advisory panels of family physicians and psychiatrists, led by the heads of the University of Manitoba Departments of Psychiatry and Family Medicine-Primary Care, identified clinical scenarios in which medication management could be optimized. Physician participation in the IMPRxOVE™ program is voluntary.

Impact:

This innovative practice has been in operation since June 2011. An evaluation of the program is currently underway. Prior to launch of the program, the Provincial Drug Program obtained input from the head of the University of Manitoba Department of Psychiatry, the Manitoba Centre for Health Policy, and Care Management Technologies to identify preliminary research objectives/hypotheses, criteria for evaluation, and data requirements for evaluating program effects. To facilitate evaluation, a researcher from the Manitoba Centre for Health Policy randomized the 1,417 physicians eligible for the program into a control and an active mailing group, with a plan to maintain the randomization for 12 months, at which time data analysis would begin. Early evidence suggests that physicians who receive the mailing tend to reduce the frequency with which they engage in the behaviour identified in the indicator.

Applicability/Transferability

The practice informant did not indicate other practices that Manitoba IMPRxOVE™ adapted and was unaware if the program itself was used as a model elsewhere. However, research indicates that the program has been implemented with different indicators in HMOs in the United States.

The success of this specific program is dependent upon government commitment, the support of clinical leaders (department heads of family medicine and psychiatry), establishing an evaluation framework, ensuring compliance with provincial health information regulations, and the willingness of physicians to participate.

Contact Information:

Jeff Onyskiw,



A/Director

Manitoba Health – Drug Management Policy Unit

3014 - 300 Carlton Street

Winnipeg, Manitoba R3B 3M9

Telephone: (204) 788-6436

Email: Jeff.Onyskiw@gov.mb.ca

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

This practice description is based on materials provided by Brian Hutchison and Monica Aggarwal on behalf of the Canadian Working Group for Primary Healthcare Improvement.

Government of Manitoba. (2011, June 20). Province announces launch of Manitoba Imprxove program. [News Release]. Retrieved from <http://news.gov.mb.ca/news/?item=11801>

University of Manitoba Faculty of Medicine. (2013). *Upcoming MCHP reports*. Retrieved from <http://umanitoba.ca/facultie/medicine/units/mchp/deliverables.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Engaging Medical Assistants—A Patient-Centred Medical Home Chronic Care Model at the DFD Russell Medical Center

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	

SNAPSHOT: This innovative practice improves quality of care in the context of increased prevalence of chronic illnesses. There are currently three federally qualified community health centres operating under the interprofessional DFD Russell Medical Center in Maine, USA. This chronic care model capitalizes on health human resources by employing medical assistants as part of the health care team and participates in broader state-wide and national initiatives to promote the integration of patient-centred medical homes.

PRACTICE DESCRIPTION:

DFD Russell Medical Center was originally established in Leeds, Maine, in 1975. It established new locations in Turner and Monmouth, Maine, in 2001. Since its inception, the Russell Medical Center has operated under an “alternative care model.” Its current mandate involves patient self-management, evidence-based decision-making, regular systems monitoring, and creating linkages with other community resources. A distinctive feature of this centre is its integration and promotion of medical assistants to improve accessibility and quality of services for patients. Since 1999, the medical assistants have been responsible for scheduling appointments, conducting follow-up calls with lab results, expediting prescription refills, and answering patient questions through the Telebank call centre. No previous formal health education is required for the medical assistant positions; new assistants undergo a six-to-eight-week training period, they are closely supervised, and their performance is evaluated annually.

In more recent years, the medical centre has changed its practice to move away from traditional 15-minute office visits with physicians and adapt to the changing nature of demand. The health care team, comprised of a medical assistant working with another health care provider (physician, nurse practitioner, or physician assistant), see 22 patients per day on average. Overall health care team management and workflow is coordinated by the health care team leader, responsibilities and communications are clarified during daily team meetings, and protocols for delegation of tasks to non-provider staff are standardized.

The interprofessional composition is financially enabled through a private-public partnership model. Stakeholder support exists under Health Resources and Services Administration’s (HRSA) Health Disparities Collaboratives, Centre for Health Professions, and external evaluative research is conducted by the Hitachi Foundation.

IMPACT:

Based on external accreditation reported in December 2010, DFD Russell Medical Center continues to meet all National Care Quality Assessment goals for diabetes, heart and stroke measures for patients with cardiovascular disease. Increases in productivity were noted with the upgrade to the teleservices infrastructure in 2009. Overall, patients reported increased satisfaction with the additional time medical assistants were able to provide them (compared to traditional physician-exclusive visits).

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

The DFD Russell Medical Center has become a part of a state-wide collaborative model titled The Maine Patient-Centered Medical Home Pilot project (2009–2014). This pilot project is in alignment with national movements for primary care improvement through the development of patient-centred medical homes (2007), which link pilot projects across New Hampshire, Vermont, and Rhode Island. *Patient-centered medical home* refers broadly to a model of care—rather than a building or place—in which health care professionals work together to manage patient needs better. Similarly structured community care teams (although not necessarily using the medical assistant engagement model) include Androscoggin Home Health, Coastal



Care Team, Eastern Maine HomeCare, Kennebec Valley, Maine Medical Centre, Community Health Partners, and Penobscot Community Health Care.

Factors associated with the success of the medical assistant engagement/patient-centred medical home model at DFD Russell have been attributed to the ability to track health outcomes, strong leadership, and regular accreditation processes. Challenges experienced include general physician resistance to working so closely with a medical assistant, and competitive remuneration models that have pulled professionals to more urban settings.

CONTACT INFORMATION:

Name: Catherine Dower

Title: Associate Director

Organization: Center for the Health Professions

Email address: cdower@thecenter.ucsf.edu

Telephone number: 1 (415) 476-1894

Information last updated on: September 20, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Publications:

Blash, L., Chapman, S., Dower, C. (2011). *DFD Russell medical centers—Engaging medical assistants in quality improvement efforts*. Retrieved from

http://www.futurehealth.ucsf.edu/Content/11660/2011_06_DFD_Russell_Medical_Centers--Engaging_Medical_Assistants_in_Quality_Improvement_Efforts.pdf

Maine Patient Centered Medical Home Pilot Halfway Report. (2012). Retrieved from

http://illinoisap.org/wp-content/uploads/ME-PCMH-Pilot_Halfway-Report-WEB-version_March-2012.pdf

External Source: <http://www.dfdrussell.org/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Better Outcomes Registry & Network (BORN)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

SNAPSHOT: This innovative program collects, shares and protects data around each child born in Ontario to inform subsequent programming for maternal and child health care and services, and broader quality improvement in the province. The Better Outcomes Registry & Network (BORN) was established in 2009 through the Children’s Hospital of Eastern Ontario in Ottawa. In the 2011 to 2012 fiscal year, BORN collected data on 142,376 babies across the province, and now connects more than 5000 users to data that span all levels of care from pre-pregnancy to early childhood.

PROGRAM DESCRIPTION:

BORN gathers, aggregates and interprets data on every birth and young child in the province. Clinical data is gathered and used by professions in every health-sector setting including hospitals, midwifery practices, prenatal and newborn screening labs, fertility clinics, public health, follow-up clinics and some primary care offices and clinics.

A central component of BORN is its web-based information system (BIS – BORN Information System), which was formally launched in 2012. BORN has registry status under Ontario’s Personal Health Information Protection Act (2004) and this allows the organization to collect, use and disclose personal health information to facilitate and improve health care. Consequently, this system allows for real-time data entry and reporting, which can be accessed by every user at the contributing sites. Through this method of data collection, BORN is able to conduct regular performance measurement and direct subsequent research. An example of a more targeted reporting mechanism includes the Maternal Newborn Dashboard— a pilot project for the Ontario Antenatal Record, which uses key performance indicators to compare against population benchmark rates to improve the determination of data around congenital anomalies.

BORN is funded through the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and is administered by the Children’s Hospital of Eastern Ontario. Other collaborators include: E-Health Ontario, Health Quality Ontario; Newborn Screening Ontario; the Ontario Midwifery Program; the Ontario Hospital Association; Public Health Ontario; TARGetKids! Applied Research Group; the Provincial Council for Maternal and Child Health; Champlain Maternal Newborn Regional Program; the CHEO Research Institute; the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada; the Institute for Clinical Evaluative Sciences; the Canadian Neonatal Network; and the Southwestern Ontario Maternal, Newborn, Child and Youth Network; as well as fourteen Local Health Integration Networks.

IMPACT:

BORN’s data collection has been reported as integral to the success of partnered initiatives such as at Markham-Stouffville Hospital, where regular monitoring enabled a reduction in cesarean section rates. Another successful pilot program used BORN data to evaluate the efficacy of keeping mothers and newborns together right after birth rather than separating the newborn into a neonatal intensive care unit. Also, the ability to cross-reference births with Newborn Screening Ontario has helped to identify nearly 500 potentially missed screens, reducing unsatisfactory newborn screens for rare genetic diseases from 16% to 7% in one hospital during 2011-2012. Regular tracking of false positive and false negative rates enables screening laboratories to accurately assess and refine their performance.

APPLICABILITY/TRANSFERABILITY:

BORN grew out of efforts beginning in the 1980s with the then Perinatal Education Program of Eastern Ontario (now the Champlain Maternal Newborn Regional Program) which led to the aggregation of data across the province.

For knowledge translation purposes, BORN has a committee structure that is responsible for ensuring consistency of practice across Ontario. It uses communication technologies such as webinars to provide regular education, information and training sessions in more remote settings; and conducts regular clinical data reporting which can be accessed across affiliated institutions. BORN also works with maternal child groups in other provinces to provide comparative perspectives on such things as antenatal care pathways and C-section trends.



CONTACT INFORMATION:

Name: Mari Teitelbaum

Title: Director

Organization: BORN

Email address: info@BORNOntario.ca

Telephone number: 613.737.7600 x 6022

Information last updated on: November 12, 2013

Content has been adapted from the following sources and relevant links:

Publications:

2011-2012. BORN: Better Outcomes Registry & Network

<http://www.bornontario.ca/assets/documents/BORN%202011-2012%20Program%20Report.pdf>

Other:

<http://www.bornontario.ca/assets/documents/webinars/BORN%20Partnership%20-%20eHealth%20Ontario%20&%20PCMH.pdf>

External Source: <http://www.bornontario.ca/en/about-born/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de Fraser Health : des services de soutien communautaires en santé mentale pour les patients atteints de schizophrénie qui souffrent d'une psychose résistante au traitement

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Promotion de la santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde le besoin d'assurer une gestion dans la collectivité ainsi que des services de soutien pour les patients schizophrènes qui souffrent d'une psychose résistante au traitement. Lancé en juillet 2011 dans une région de la santé (Fraser Health), le programme met à contribution une clinique centrale ainsi que trois équipes de services communautaires.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques a commencé en juillet 2011 sous la forme d'un prototype pour un programme communautaire régional au sein de Fraser Health à l'aide d'une clinique centrale régionale pour le traitement des psychoses et de trois équipes de services communautaires. Le programme est devenu permanent après une année d'essai. Ce programme vise à évaluer et à traiter les patients qui souffrent d'une psychose résistante au traitement à Fraser Health afin de diminuer leurs admissions à l'hôpital et aux services d'urgence et d'améliorer les résultats liés à leur santé ainsi que leur qualité de vie.

La schizophrénie toucherait approximativement un pour cent de la population, ce qui représente plus de 15 000 hommes et femmes qui habitent dans la région de Fraser Health. Environ le tiers de ces personnes, soit 5 000 patients, souffriront d'une psychose résistante au traitement et seront donc admissibles au programme d'optimisation des traitements antipsychotiques. Une gestion inadéquate de ce groupe de patients augmente le nombre de jours passés à l'hôpital, multiplie les années de productivité perdues et mène à des décès prématurés, attribuables à des états pathologiques non traités, ainsi qu'à des suicides.

Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques constitue un modèle de soins global qui améliore l'accès aux évaluations et aux suivis, la coordination des soins pour les patients ainsi que le soutien pour commencer l'administration de la clozapine dans l'ensemble de Fraser Health. La collaboration entre les professionnels en santé mentale et en soins primaires améliore la gestion médicale des patients atteints d'une psychose résistante au traitement, ce qui a pour effet de diminuer la morbidité et la mortalité de ce groupe de patients grâce à une surveillance et à une gestion métaboliques supérieures. Les équipes du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques proposent une approche interprofessionnelle collaborative de la gestion des personnes qui répondent mal à un traitement en encourageant un dépistage plus précoce, une planification fondée sur des données probantes, un soutien pendant la mise en place et une surveillance du traitement.

RÉPERCUSSIONS :

Parallèlement à une tendance provinciale, le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques permet de recevoir les traitements dans la collectivité plutôt que dans un hôpital. Les séjours écourtés à l'hôpital perturbent moins la vie du patient. Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques apporte les avantages suivants : des visites dans les services d'urgence et des hospitalisations moins fréquentes, une meilleure qualité de vie pour les patients qui souffrent d'une psychose résistante au traitement, y compris un moins grand risque de suicide, un meilleur fonctionnement personnel et social et un fardeau allégé pour l'hôpital, la collectivité et le système de soins de santé mentale grâce aux meilleurs résultats des traitements.



Des consultations avec des psychiatres, des cliniciens en soins de santé mentale, des médecins de famille et des clients ont éclairé l'élaboration de ce modèle de programme. Le modèle est également soutenu par un examen de la documentation sur les pratiques exemplaires.

Du mois de juillet 2011 au 31 mars 2012, le programme pilote d'optimisation des traitements antipsychotiques comptait 194 aiguillages avec 164 patients inscrits au volet axé sur les psychoses résistantes aux traitements. Les patients inscrits à ce volet du projet pilote avaient réduit leurs visites aux services d'urgence de 91 % (de 33 à trois visites après le programme d'optimisation) ainsi que leurs admissions à l'hôpital de 76 % (de 51 avant le programme d'optimisation à 12 après le programme). Il s'agit d'une diminution de 80 % des jours d'hospitalisation après l'intervention du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques (de 1 455 jours d'hospitalisation avant le programme d'optimisation à 286 jours d'hospitalisation) et d'une réduction de 89 % des journées au cours desquelles des soins d'un autre ordre sont prodigués. Même si les économies réalisées pendant le projet pilote n'ont pas encore été entièrement analysées, les indicateurs donnent à entendre qu'elles pourraient être importantes.

Plus de 370 patients ont été évalués et épaulés grâce au programme d'optimisation des traitements antipsychotiques entre les mois de juillet 2011 et de mars 2013. Parmi ces patients, 141 ont commencé à prendre de la clozapine dans la collectivité lorsqu'ils le pouvaient. Les patients qui ont participé au programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de 2012 à 2013 ont continué de diminuer leurs admissions à l'hôpital (72 %) ainsi que leurs visites dans les services d'urgence (66 %). Ces patients fonctionnent mieux et jouissent d'une meilleure qualité de vie qu'au départ, comme en témoignent les améliorations observées, lors des évaluations qui ont été réalisées trois mois et six mois après le programme d'optimisation, selon l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique et le fonctionnement des patients dans leurs différents rôles et comme le prouvent les pointages obtenus avec l'échelle d'évaluation globale de la psychopathologie (GAP) et l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement professionnel et social (SOFA).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La conception du programme reposait sur une base solide de pratiques exemplaires documentées de la Grande-Bretagne, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande qui servait de plateforme à partir de laquelle le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques pouvait être élaboré.

Le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques a été mis à l'essai dans quatre collectivités avant de s'étendre à toutes les collectivités de la région de Fraser Health. Ce prototype de Colombie-Britannique pourrait prendre de l'expansion dans d'autres régions de la santé de la province et être mis en application dans des collectivités d'un bout à l'autre du Canada. L'expérience de la conception et de la mise en œuvre du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques peut également permettre aux responsables d'autres programmes qui aimeraient créer des équipes interprofessionnelles de tirer des leçons dans le but de servir une population de clients vulnérables au sein d'un modèle communautaire.

Fraser Health demeure déterminée à améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies mentales graves en soutenant des initiatives comme le programme d'optimisation des traitements antipsychotiques et en partageant les enseignements avec les autres fournisseurs de soins de santé. À l'heure actuelle, Fraser Health entame des discussions avec d'autres régions de la santé de Colombie-Britannique dans le but de former un réseau pour favoriser la conception de ce genre de programme dans leurs régions sanitaires respectives.

Voici quelques « leçons tirées » pour la conception et la mise en œuvre du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques :

L'évaluation du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques de Fraser Health a révélé que, pour assurer la réussite du projet, il fallait qu'une équipe interprofessionnelle spécialisée et hautement qualifiée travaille en collaboration afin de concevoir le programme et de le mettre sur pied dans un très court laps de temps. Comme l'équipe était souple et disposée à adapter ou à modifier les processus pendant toute la durée du programme, elle a pu s'attaquer aux obstacles en temps réel. De plus, en collaborant avec des médecins de l'étranger (du Royaume-Uni, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande) qui avaient travaillé avec des programmes similaires, l'équipe a eu la chance de profiter de l'expérience pratique qu'ils avaient acquise avec la conception, la mise en place et la durabilité de ce genre de programme.

La conception expéditive du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques, et la capacité de gérer rapidement les défis cernés, ont été facilitées par les réunions fréquentes du comité directeur qui servaient de forums de discussion pour toute l'équipe. Par surcroît, les communications avec les fournisseurs de services de santé mentale dans l'ensemble de la région de Fraser Health étaient indispensables à la réussite du programme. Ces communications ont éclairé les psychiatres et les gestionnaires de cas sur l'existence du programme d'optimisation des traitements antipsychotiques et les services offerts, ce qui était une condition préalable nécessaire pour les aiguillages.

SITE WEB DE LA PRATIQUE



:
http://physicians.fraserhealth.ca/resources/mental_health_and_substance_use/psychosis_treatment_optimization_program/psychosis_treatment_optimization_program

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^{re} Terry Isomura

Titre : Directrice médicale des programmes, santé mentale et consommation de drogues et d'alcool

Organisme : Fraser Health Authority

Courriel : terry.isomura@fraserhealth.ca

Téléphone : 604-587-4453

Dernière mise à jour : Le 1^{er} mai 2013

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :

Communications personnelles :

Isomura, T. (rétroaction et examen, 1^{er} mai 2013). [Fraser Health Authority]

Publications :

Autres profils :

Autre :

Isomura, T. Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil canadien de la santé (2012).

posium on Integrated Care (2012).



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Lowering Cardiovascular Risk in Primary Care: Primary Care Connect, the Comprehensive Vascular Disease Prevention and Management Initiative (CVDPMI) ou la diminution des risques cardiovasculaires dans les soins primaires : Primary Care Connect, l'initiati

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique novatrice aborde la question des résultats pour la santé et des expériences avec les traitements parmi les patients atteints d'une maladie vasculaire. La pratique, qui a été lancée dans six établissements de médecine familiale en Ontario, faisait appel à un réseau de collaboration constitué d'infirmières autorisées, de médecins de famille, de spécialistes, de pharmaciens et d'autres membres de professions paramédicales.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Les affections vasculaires sont la première cause de décès évitable au Canada et constituent un lourd fardeau pour les patients et pour le système de soins de santé en général. La Comprehensive Vascular Disease Prevention and Management Initiative (CVDPMI) a été lancée en mai 2010. Forts de son succès, les fondateurs du programme se sont associés avec Diversified Health Canada, un chef de file de la formation médicale continue, afin de transférer et de reproduire les résultats dans d'autres collectivités et avec d'autres maladies chroniques, comme le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Ce modèle est connu sous le nom de Primary Care Connect. À Peterborough, le modèle Primary Care Connect a été adopté dans neuf établissements de médecine familiale au sein de cinq équipes de santé familiale.

Le modèle Primary Care Connect se concentre sur la prévention, la détection précoce et la gestion des soins thérapeutiques en accordant une grande priorité à l'éducation et à l'information de la population. La CVDPMI cible les personnes qui courent le risque de souffrir d'une affection vasculaire, mais qui n'ont pas de symptômes et qui ne demandent pas d'aide médicale présentement. Les patients repérés au cours d'un examen des dossiers de santé électroniques sont invités à se rendre à leur établissement de médecine familiale ou dans un autre milieu clinique pour une évaluation de santé et une investigation vasculaire. S'il y a des signes d'affection vasculaire, le patient peut choisir de s'inscrire à un programme de traitement individualisé, qui prévoit cinq rendez-vous de suivi répartis sur neuf mois, ou opter pour les interventions cliniques qui s'avèrent nécessaires.

Cette approche proactive est une innovation sur les plans de la prévention et de la gestion des maladies chroniques qui devrait améliorer les résultats pour la santé, bonifier l'expérience des patients avec les traitements et diminuer les coûts ultérieurs. L'objectif plus général de Primary Care Connect est de permettre une collaboration entre les fournisseurs de soins de santé interprofessionnels et les partenaires communautaires. Par exemple, la CVDPMI est gérée par des infirmières autorisées qui collaborent avec des médecins de famille, des spécialistes, des pharmaciens et des diététistes afin de déterminer et de traiter les patients vulnérables. Lancée par Primary Health Care Services of Peterborough, la CVDPMI est soutenue par des organismes de santé locaux et provinciaux, dont le regroupement Peterborough Regional Nephrology Associates, AstraZeneca, la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC de l'Ontario, le Peterborough Regional Vascular Health Network et la Greater Peterborough Health Services Foundation.

RÉPERCUSSIONS :

Les résultats indiquent que l'approche systématique de la CVDPM orientée sur des lignes directrices a amélioré considérablement les risques cardiovasculaires dans un milieu de soins primaires concret. Des données ont été saisies pour



1 329 patients et, selon une moyenne de 3,4 visites en clinique, les profils des facteurs de risques s'étaient grandement améliorés, les risques cardiovasculaires des patients pour les 10 prochaines années avaient diminué de 20 % et les services de soins actifs étaient moins sollicités. Des témoignages personnels donnent à entendre que les participants sont impressionnés par le niveau de soins qu'ils reçoivent et qu'ils sont plus conscients de leur propre santé. Les résultats de cette évaluation ont été publiés dans le *Journal canadien de cardiologie*.

Une évaluation préliminaire du rapport coût-efficacité de la CVDPMI a révélé une probabilité de 65 % que la DVDPMI soit une option plus rentable que l'absence d'un programme. Les constatations de cette évaluation du rapport coût-efficacité devraient être publiées et les résultats seront présentés devant l'Association canadienne pour la thérapeutique de population en novembre 2013. La CVDPMI a reçu plusieurs marques d'approbation, dont une distinction internationale à l'occasion de la conférence sur les innovations dans les politiques de soins de santé qui s'est déroulée à New York en mars 2010. En septembre 2011, le Conseil canadien de la santé a présenté le programme d'innovation dans le cadre d'une baladodiffusion intitulée « [Engaging Patients in Primary Care](#) » (en anglais seulement).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

La CVDPMI de Peterborough mise sur la réussite de plusieurs stratégies nationales et régionales qui soutiennent les fournisseurs de soins de santé qui traitent des patients atteints de maladies cardiovasculaires. La CVDPMI agit comme un bras de mise en œuvre pour le projet Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-Change), la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire et Plan d'action (SCSC-PA), les recommandations relatives aux innovations en matière de santé du Conseil de la Fédération des premiers ministres, l'initiative Toward Optimized Practice en Alberta, la stratégie intégrée de l'Ontario sur la santé vasculaire et le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé.

Les concepteurs du programme considèrent que les résultats positifs de la CVDPMI, comme en témoignent les résultats pour la santé des patients, la diminution des risques et l'économie de la santé, peuvent être transférés très facilement à d'autres collectivités et pour d'autres maladies chroniques, comme le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique. Un cadre de transfert des connaissances homologué, Primary Care Connect, qui a été conçu avec la collaboration de Diversified Health Canada, facilitera la mise en application de cette pratique dans d'autres milieux. Afin de répandre cette pratique plus facilement, la mise sur pied devrait être soutenue par un accompagnement et un encadrement. Elle devrait également comporter une estimation proactive, des possibilités d'apprentissage, une évaluation ainsi que des comptes rendus sur les résultats.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Maribeth Casey

Titre : Directrice, Groupe médical, prévention et gestion des maladies chroniques

Organisme : Diversified Health

Courriel : mbcasey@divcomevents.com

Téléphone : 905-464-5548

Dernière mise à jour : Juillet 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

Communications personnelles :

Casey, M. (rétroaction et examen, 22 juillet 2013). [Diversified Health]

Publications :

Kammila, S., Casey, B., Harterre, D.J. et Oh, P. (2012). Improving cardiovascular risk in primary care: the Peterborough Comprehensive Vascular Disease Prevention and Management Initiative (CVDPMI). *Canadian Journal of Cardiology*. 28(5) S181-S182.



Kamboj, L., Oh, P., Kammila, S., Casey, W., Harterre, D. (2013) [Cost Effectiveness of a Systematic Guidelines-based Approach to the Prevention and Management of Vascular Disease in a Primary Care Setting]. Résultats préliminaires non publiés.

Autres :

Primary Health Care Services of Peterborough. (2011). *Annual report*. Extrait de :
<http://www.peterboroughft.com/wp-content/uploads/2008/05/PHCS-2011-Annual-Report-LOW-REZ.pdf>

Primary Care Connect. (2013). *The opportunity: Executive summary*. Toronto, ON: Diversified Health.



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

The Stroke and TIA Collaborative ou le collectif sur l'AVC et l'accident ischémique transitoire

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU : Cette pratique novatrice améliore la gestion des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ainsi que l'utilisation des indicateurs. Lancée dans 29 établissements en Colombie-Britannique, la pratique faisait appel à un corps professoral composé de quatre neurologues spécialistes de l'AVC, d'une infirmière clinicienne enseignante, d'un urgentologue, d'un coordonnateur des soins pour les victimes d'AVC, d'une équipe d'évaluation rapide des AVC, d'un survivant d'un AVC, et de 17 équipes de professionnels de la santé qui participaient au collectif.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

En Colombie-Britannique, l'AVC est la principale cause d'invalidité de longue durée acquise parmi les adultes et la troisième cause de décès en importance. Il y a des pratiques exemplaires présentées par la Stratégie canadienne de l'AVC et les groupes de travail spécialisés en AVC qui se concentrent sur la prévention de l'AVC, la gestion des AVC aigus et la réadaptation des victimes d'AVC chroniques. Ces lignes directrices sur l'AVC ne sont toutefois pas toujours mises en pratique. Afin de réduire la morbidité et la mortalité attribuables à un accident ischémique cérébral (AIC), le British Columbia Patient Safety and Quality Council (BCPSQC) a lancé l'initiative Stroke and TIA Collaborative, qui est financée par ce conseil ainsi que par la régie provinciale de la santé, l'hôpital St. Paul et ESD Stroke Rehabilitation Inc.

L'initiative a rassemblé un groupe interdisciplinaire de professionnels de la santé afin de discuter de la meilleure façon d'assurer les soins aux victimes d'AVC dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité associées à l'AVC. Le groupe a fixé plusieurs objectifs liés aux processus, comme prévenir la progression de l'AVC à partir d'un accident ischémique transitoire (AIT), améliorer l'intervention pharmacologique aiguë (tPA), assurer une meilleure observation des pratiques exemplaires et favoriser la multiplication des transitions du service des urgences vers des services de prévention secondaires. Le collectif s'est servi d'une méthodologie d'amélioration structurée qui prévoyait quatre séances d'apprentissage en face à face, l'accès au corps professoral d'experts, un encadrement par des conseillers en amélioration ainsi que des webinaires à toutes les deux semaines. Chaque discussion et séance d'apprentissage était suivie d'un cycle planifier-réaliser-arrêter-évaluer (PRAE) afin de mettre à l'essai l'efficacité des pratiques proposées.

RÉPERCUSSIONS :

Tout au long de l'intervention, le BCPSQC a documenté les données qui portaient sur la participation, les mesures des résultats primaires et les mesures des processus. Les constatations ont été présentées publiquement à l'occasion du forum sur la qualité en Colombie-Britannique, du Congrès canadien de l'AVC 2012 et du congrès international sur l'AVC, dans des communiqués de presse de la régie de la santé et de la province, sur le site Web du BCPSQC ainsi que dans des publications universitaires. Plusieurs pratiques, comme le triage et les tests de déglutition, ont également été publiées sous forme de vidéos didactiques sur le site Web du BCPSQC et sur YouTube. En outre, plusieurs cas de réussite qui soulignent les réalisations particulières dans les hôpitaux ont été publiés sur le site Web du BCPSQC.

Le collectif a obtenu la participation de 17 équipes qui représentaient 29 établissements. Ces équipes étaient composées en grande partie de gestionnaires et d'infirmières, et la contribution la plus importante provenait du personnel infirmier (environ 45 %). Quant aux progrès liés à l'amélioration, en mai 2012, 90 % des membres déclaraient avoir réalisé des améliorations durables dans la gestion de l'AVC, quatre régies de la santé sur cinq avaient observé de légères diminutions de la mortalité dans les 30 jours et trois régies de la santé sur cinq avaient augmenté l'administration d'activateurs tissulaires du plasminogène (tPA). Les mesures des résultats, parmi les 11 pratiques exemplaires choisies, étaient au nombre des autres mesures de collaboration. Par exemple, le délai d'attente pour l'administration des médicaments avait diminué de 25 %, le temps d'attente pour les services d'imagerie, comme les tomographies par ordinateur, avait été écourté de près de 50 minutes, la mobilisation en l'espace de 24 heures avait atteint 90 % et la vérification des taux de glucose des patients au moment de leur admission était passée à 100 %.



Il y a également eu une augmentation de la collaboration et du transfert des connaissances entre les établissements ainsi qu'une accélération de la mise en place des pratiques exemplaires au sein des régies de la santé.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Ce collectif a été formé dans le cadre de l'initiative de Gestion des soins cliniques (GSC) (http://innovation.healthcouncilcanada.ca/ip/1226?keys=CCM&tid=All&tid_1=All&term_node_tid_depth=All&tid_2=All&field_ip_publication_date_value%5Bmin%5D%5Byear%5D=&field_ip_publication_date_value%5Bmax%5D%5Byear%5D), plus précisément de la CCM Stroke Initiative. La démarche a obtenu une reconnaissance nationale, grâce à des exposés et à des publications, qui a amené Calgary et la Saskatchewan à se joindre au prochain collectif, qui poursuivra les efforts investis dans le cadre du projet en 2011-2012.

Cette pratique peut théoriquement être transférée dans différents établissements si des professionnels de la santé de tous les niveaux y participent, s'il y a une compréhension de la culture et du contexte dans lesquels les soins sont prodigués et si les forces des professionnels de la santé sont reconnues et mises en valeur au cours des activités.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r Devin Harris
Titre : Responsable de clinique
Organisme : Stroke and TIA Initiative
Courriel : devinh@shaw.ca; dharris@bcpsqc.ca
Téléphone : S.O.
Dernière mise à jour : Le mercredi 26 juin 2013

Le contenu a été adapté à partir des sources et des liens suivants :

BC Patient Safety & Quality Council. (sans date) *Stroke and TIA collaborative*. Extrait de : <http://bcpsqc.ca/blog/events/stroke-tia-collaborative/>

Harris, D. (2013) *Improving stroke and TIA care in the emergency department in B.C.: The stroke and TIA collaborative* [diapositives de présentation]. Extrait de : <http://www.slideshare.net/bcpsqc/e4-devin-harris-17688450>

BC Patient Safety & Quality Council. (14 juin 2012). *How hospitals in British Columbia are improving stroke care*. Extrait de : <http://www.youtube.com/watch?v=TUFAaqKwtVo&feature=plcp>

BC Patient Safety & Quality Council. (17 mai 2012). *Swallowing screen demonstration for the BC Stroke and TIA collaborative*. Extrait de : <http://www.youtube.com/watch?v=HWppunNihJU>

BC Patient Safety & Quality Council. (sans date) *Stroke and TIA* [site Web du projet]. <http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/stroke-and-tia/>

BC Patient Safety & Quality Council. (sans date) *Stroke collaborative—Success stories*. Extrait de : <http://bcpsqc.ca/blog/newsandinsights/stroke-collaborative-success-stories/>

External Source: <http://bcpsqc.ca/clinical-improvement/stroke-and-tia/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Rencontres sur le rendement : rassembler les équipes interprofessionnelles afin d'améliorer la qualité et la sécurité

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Ressources humaines de la santé
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

APERÇU :

Cette pratique novatrice est un moyen pour les équipes interprofessionnelles de communiquer, de collaborer et de surveiller les progrès réalisés dans le but d'améliorer la qualité au point de service. Lancée en Ontario en novembre 2011, cette pratique interactive a lieu dans plusieurs unités de soins aux patients réparties entre trois sites d'un organisme de santé.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Instaurer une culture axée sur la prise en charge collective et la collaboration à la grandeur de n'importe quelle organisation peut être tout un défi. Afin de tirer parti de l'ingéniosité des équipes interprofessionnelles à la ligne de front, le William Osler Health System a mis sur pied des rencontres sur le rendement qui permettent d'expérimenter, d'évaluer et d'améliorer continuellement les priorités de l'organisation au point de service. Nées d'une initiative orientée sur l'accès et le roulement à l'échelle de l'organisation, les rencontres sur le rendement sont de courtes réunions quotidiennes ciblées de cinq à dix minutes avec le personnel qui sont consacrées à l'amélioration de la qualité. Les rencontres sont une occasion pour les fournisseurs de soins de santé et pour le personnel de soutien de discuter du rendement de la journée précédente selon des données en temps réel et d'unir les efforts afin de cerner les obstacles, de trouver des solutions et de célébrer les réussites conjointes.

Dirigées par le gestionnaire de soins aux patients de chaque unité, les rencontres mettent à contribution tous les membres de l'unité, c'est-à-dire les médecins, le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux ainsi que le personnel administratif et de soutien et même, à l'occasion, les patients et les visiteurs. Les rencontres font appel à des techniques de gestion visuelles afin d'aider les équipes interprofessionnelles à communiquer dans le même langage par le truchement d'un affichage normalisé appelé tableau des signes vitaux. Chaque jour, le gestionnaire de soins aux patients se procure les données de la veille, à partir d'un portail en ligne de données sur le rendement, qu'il affiche sur son tableau. Ces données quotidiennes sont reliées à la fiche de pointage de l'organisation. Les données comprennent les commentaires directs des patients qui sont recueillis par l'entremise du centre d'appels Osler. Le personnel infirmier du centre d'appels communique par téléphone avec la plupart des patients hospitalisés dans les 48 heures qui suivent leur congé afin de s'informer de leur expérience. Grâce aux rencontres, le personnel présente des suggestions d'amélioration et est en mesure de mettre en place des solutions à l'aide de ressources et d'un soutien. Cette façon de procéder responsabilise les intervenants sur le plan individuel et permet à chaque personne de jouer un rôle dans la réussite de l'organisation.

Les tableaux des rencontres sur le rendement sont situés dans les aires publiques des unités destinées aux patients, aux familles et aux visiteurs afin d'inciter toutes ces personnes à poser des questions à leur sujet. Les patients et les familles ont également participé à la rencontre. Des initiatives formidables qui ont des incidences sur la prestation des soins aux clients et aux familles sont issues d'une rencontre de ce genre. Par exemple, l'achat de chaussettes antidérapantes pour les patients qui sont particulièrement vulnérables aux chutes afin de les empêcher de tomber est fondé sur une idée qui émane d'une rencontre.

Cette initiative, qui a été lancée en novembre 2011 aux trois sites du William Osler Health System, s'est rapidement répandue à toutes les autres unités de soins aux patients ainsi que dans quelques domaines de service non cliniques. Pour mettre sur pied des rencontres sur le rendement, il a fallu déterminer un champion principal du leadership, car un leadership spécialisé s'avère nécessaire pour mettre en œuvre cette initiative et pour en surveiller le déroulement. Il est également important que le travail soit « normalisé », c'est-à-dire qu'il comporte des étapes uniformes écrites et claires sur la façon de procéder pour tenir une rencontre, et que la démarche soit uniformisée dans l'ensemble de l'organisation.

RÉPERCUSSIONS :



Les rencontres sur le rendement sont évaluées de trois grandes façons. Premièrement, la participation des unités est évaluée à l'aide de vérifications mensuelles des tableaux des signes vitaux dans l'ensemble de l'organisation, puis elle est suivie par un accompagnement pour les unités à l'intérieur desquelles la participation est moins uniforme. Deuxièmement, l'efficacité des rencontres est mesurée en comparant les progrès aux paramètres de rendement de l'organisation, qui sont évalués chaque mois aux échelons des cadres et des dirigeants cliniques et des programmes. Si les objectifs ne sont pas atteints, les dirigeants des programmes et des unités collaborent avec le personnel de première ligne afin de dresser des plans d'amélioration. Troisièmement, les dirigeants offrent un soutien sous forme de mentorats d'égal à égal pour les chefs de rencontres. Les dirigeants des soins aux patients assistent également aux rencontres chaque semaine et accompagnent les chefs de rencontres.

Bien que la pratique des rencontres sur le rendement n'ait pas été évaluée officiellement à cette étape-ci, les témoignages personnels, les observations et les résultats préliminaires donnent à entendre qu'elle peut contribuer à l'amélioration des paramètres de rendement et qu'elle est susceptible de donner des résultats positifs pour la santé.

Les rencontres ont amélioré le rendement et joué un rôle de premier plan dans la création d'équipes interprofessionnelles très efficaces, en transformant la communication et en instituant une culture orientée sur la communication ouverte, la confiance et l'appartenance. Parmi les exemples de réussites qui découlent des rencontres, il y a l'amélioration du temps consacré au lit du malade hospitalisé, qui a diminué de plus de la moitié, ainsi que la diminution des taux de chutes et d'infections urinaires. Dans les domaines de service non cliniques, comme la gestion des renseignements sur la santé, les rencontres ont permis de réduire le temps consacré au traitement de la distribution des documents ainsi que le délai d'exécution pour la préparation du dossier du patient. Les principaux facteurs de réussite sont notamment une approche multidisciplinaire qui met les médecins à contribution, la participation hebdomadaire des directeurs de programmes afin d'offrir un accompagnement et un encadrement ainsi que la participation régulière de l'équipe de la haute direction. Les membres du conseil d'administration ont également assisté aux rencontres, qui ont contribué à les sensibiliser davantage à l'incidence directe de ces réunions sur les initiatives de qualité et de sécurité.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Cette pratique a été mise sur pied dans le cadre de la stratégie axée sur le processus d'amélioration du rendement dans les salles d'urgence et les autres niveaux de soins de l'Ontario. Le concept de la rencontre sur le rendement, qui a été adapté afin d'être utilisé dans le William Osler Health System, n'est pas nouveau, mais il a été bonifié par l'inclusion de données en temps réel sur la satisfaction des patients.

Comme elle est efficace pour intégrer des équipes interprofessionnelles, la pratique des rencontres sur le rendement dans les unités cliniques d'essai s'est rapidement répandue à tous les domaines cliniques et à la plupart des domaines non cliniques et administratifs dans deux sites hospitaliers ainsi qu'au site administratif. Les champions de la haute direction qui donnent des conseils et qui surveillent les progrès, les services d'aide à la décision liés à la collecte et à la communication des paramètres, le guide normalisé à l'intention des chefs de rencontres ainsi que les ressources pour la gestion du changement et la gestion des projets afin d'aider les équipes à mettre en place les solutions sont les éléments clés qui ont permis d'élargir l'adoption de la pratique.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Kiki Ferrari
Titre : Directrice exécutive, Services cliniques
Organisme : William Osler Health System
Courriel : kiki.ferrari@williamoslerhs.ca
Téléphone : 905-494 2120, poste 50167
Dernière mise à jour : Le 6 mai 2013

LE CONTENU A ÉTÉ ADAPTÉ À PARTIR DES SOURCES ET DES SITES WEB SUIVANTS :

Communication personnelle :

Ferrari, K. (rétroaction et examen, 6 mai 2013). [William Osler Health System].

Publications:

Autres profils :

Autre :

Ferrari, K. Contenu élaboré à partir de la présentation de résumés pour le Symposium national des soins intégrés du Conseil



canadien de la santé (2012).



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Registre des méthodes et des outils d'application des connaissances en santé publique

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

APERÇU : Cette pratique innovatrice démontre des ressources efficaces pour l'application des connaissances, afin qu'il vous soit plus facile de les trouver et de les utiliser aux fins de la santé publique.

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) est l'un des six centres de collaboration nationale en santé publique établis par le gouvernement du Canada afin de renouveler et renforcer la santé publique. Après avoir mené une analyse de la conjoncture ainsi que des entrevues et sondages avec les experts-clés en 2006, le CCNMO a déterminé la nécessité d'avoir des méthodes et des outils d'application des connaissances et une méthode d'accès facile et rapide à ces ressources. Cela a abouti à la création du Registre des méthodes et des outils en 2007.

Le Registre est un ensemble interrogeable et en ligne gratuit de méthodes (processus) et d'outils (instruments) servant à l'application des connaissances en santé publique. Il a pour but d'aider les professionnels de la santé publique à :

- transmettre les nouvelles connaissances à leurs clients et à leurs collègues;
- soutenir l'innovation au sein de leur organisme;
- faire la synthèse des études touchant la santé publique et les évaluer;
- mettre en application une nouvelle technique pour travailler avec des partenaires communautaires;
- résumer les données probantes pertinentes aux fins de prise de décisions stratégiques en santé publique.

Le Registre renferme des sommaires de méthodes et d'outils pour l'application des connaissances afin d'aider les professionnels occupés à utiliser les données probantes dans leur pratique. Il définit et décrit des ressources efficaces pour l'application des connaissances, afin qu'il vous soit plus facile de les trouver et de les utiliser.

La première phase d'élaboration du Registre comprenait l'établissement des priorités. Lors de la deuxième phase, un groupe consultatif international et une équipe de projet ont été mis sur pied afin de concevoir des processus servant à établir les méthodes et les outils, à évaluer les ressources en vue de les inclure dans le Registre, à évaluer de façon éclairée (le cas échéant) la qualité des méthodes et des outils et à créer des sommaires pour les utilisateurs en santé publique. Le processus de recherche de ressources s'est élargi depuis pour englober une liste de stratégies de recherche, un outil de tri en vue de l'inclusion, un outil de récupération des données (outil pour les données descriptives et de mesures (DDM)) et un gabarit de rédaction de sommaire.

Le Registre est financé par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada et hébergé par la McMaster University. Cette pratique est unique puisqu'elle comporte une base de données interactive et en expansion des ressources en ligne qui appuie expressément les différents types et différentes phases des activités d'application des connaissances pertinentes à la santé publique.

RÉPERCUSSIONS :

Pour constituer ce Registre, une recherche initiale fut menée en 2006, portant sur les ressources d'application des connaissances pertinentes de 1985 à 2006. Une deuxième recherche fut effectuée en 2011 pour les publications de 2007 à 2010. Le CCNMO a effectué le tri de 43 000 citations et incorporé en bout de ligne 140 citations. Entre le 1^{er} janvier et le 30 novembre 2012, plus de 32 945 visiteurs provenant de plus de 190 pays ont accédé au Registre. Les résultats publiés dans le cadre d'une évaluation du Registre comprenaient 286 sondages et 19 entrevues, selon lesquels la pratique est appréciée et utile, mais bénéficierait d'un système d'indexation plus intuitif et de l'apport d'améliorations aux sommaires.



Les statistiques descriptives illustrent de quelle façon les participants aux sondages ont accédé aux ressources du Registre et les ont utilisées. Près de 85 p. cent (184/217) des répondants du sondage étaient au courant du Registre et 92 p. cent (162/177) ont indiqué qu'ils consulteraient de nouveau le Registre dans l'avenir. Les résultats de l'évaluation soulignaient la nécessité d'améliorer l'expérience des utilisateurs liée à la recherche de ressources d'application des connaissances adéquates. Bien que la plupart des répondants du sondage (67 p. cent; 120/179) aient indiqué qu'ils pouvaient avoir accès aux méthodes et aux outils pertinents du Registre, un tiers (33 p. cent; 59/179) étaient sans opinion ou négatifs en ce qui concerne le fait d'être en mesure de trouver les ressources. Un grand nombre de répondants (43 p. cent; 24/56) ont indiqué que le manque de temps les empêchait d'effectuer une recherche efficace, tandis que d'autres croyaient que les principaux obstacles pour eux se rapportaient au fait de ne pas comprendre comment effectuer une recherche (34 p. cent; 19/56) et de ne pas savoir quelles étaient les ressources qu'ils pouvaient trouver (27 p. cent; 15/56). Certains répondants aux entrevues ont également fait face à des difficultés en essayant de repérer des ressources pertinentes.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien que l'on n'ait pas appliqué cette pratique dans d'autres cas, le Registre des méthodes et des outils du CCNMO attire un vaste public. Selon les statistiques des sites Web établies par Google Analytics du 1^{er} janvier au 30 novembre 2012, près de la moitié des utilisateurs proviennent du Canada (43 p. cent de 45 081 visites). Plusieurs autres visiteurs se trouvent aux États-Unis (19 p. cent) et au Royaume-Uni (9 p. cent), et le reste des utilisateurs se situent dans 188 autres pays du monde. De plus, un grand nombre de participants (68 p. cent; 122/179) ont indiqué qu'ils ont partagé des méthodes et des outils se trouvant dans le Registre avec des collègues, et 42 p. cent (73/175) ont utilisé une ressource du Registre dans le cadre de leur travail.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Pamela Forsyth
Titre : Directrice générale
Organisme : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils
Courriel : forsyp@mcmaster.ca
Numéro de téléphone : 905-525-9140, poste 20450
Dernière mise à jour : 22 mars 2013

Le contenu a été adapté des sources et des sites Web pertinents suivants :

Publications :

Peirson, L., Catallo, C. et Chera, S. (2013). *The registry of knowledge translation methods and tools: A resource to support evidence-informed public health* [Résumé]. *International Journal of Public Health*. Extrait du site suivant : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23392560>

Autres publications :

Peirson, L., Catallo, C., Ciliska, D., Dobbins, M., Clark, K., et Thomas, H. (28 janvier 2009). *Registre des méthodes et des outils d'application des connaissances* [Notes de présentation]. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, Hamilton, Ontario. Extrait du site suivant : http://obssr.od.nih.gov/news_and_events/conferences_and_workshops/di2009/02_Speaker%20Presentations/Concurrent%20Session%20III/CCIII_Balcony%20B_Peirson_Registry%20Presentation.pdf

Chera, S., Sears, K. et Forsyth, P. (2 avril 2012). *Knowledge translation methods & tools: What are they? Why use them? How do I find them?* [Notes de la présentation effectuée dans le cadre du Congrès de santé publique de l'Ontario, Toronto]. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Extrait du site suivant : <http://www.tophc.ca/Documents/TOPHC%202012%20PPT/I.%2003.%20-%20Mon%20Apr%202%20-%20Sheraton%20Hall%20C%20-%20Sunita%20Chera%20-%20Knowledge%20Translation%20Methods%20and%20Tools.pdf>

External Source: <http://www.nccmt.ca/registry/index-eng.html>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Path to Care: Referral and Wait Time Measurement and Management (itinéraire vers les soins : mesure et gestion de l'orientation et du temps d'attente)

LOCATION:	Alberta	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Le programme Path to Care: Referral and Wait Time Measurement and Management est une initiative instaurée dans l'ensemble de la province qui vise à améliorer l'accès et à diminuer les temps d'attente pour les services de soins de santé et les aiguillages en Alberta. Le programme a évolué, en partie, à partir des initiatives de gestion des temps d'attente de l'Alberta, qui ont favorisé la recherche et le développement réalisés dans la province de 2007 à 2010 dans le but d'améliorer l'accès. Le programme a également des racines dans les travaux de l'Alberta destinés à améliorer l'accès et à diminuer les temps d'attente dans le cadre du Transformational Improvement Program (TIPs) — Improving Access, Reducing Wait Times (programme d'amélioration transformationnelle : améliorer l'accès, diminuer les temps d'attente) qui s'inscrit dans le plan d'action quinquennal pour la santé de l'Alberta, qui s'étend de 2010 à 2015.

Échelonné sur cinq ans, le programme Path to Care en est à sa deuxième année d'existence. Les objectifs précis du programme sont les suivants : améliorer l'accès et diminuer les temps d'attente; procéder à une restructuration des services dans l'ensemble des processus communs qui ont des incidences sur l'accès à tous les soins primaires, aux cinq zones et aux réseaux cliniques stratégiques en Alberta; uniformiser les éléments des critères qui touchent à l'aiguillage et au triage dans l'ensemble des secteurs de programme; instituer des politiques opérationnelles cohérentes en ce qui concerne les délais de réponse des services et les communications aux patients et aux fournisseurs; accroître la transparence sur le plan de la prestation des services et des temps d'attente; et améliorer le suivi des demandes ainsi que les rapports sur la situation.

Le programme particulier rattaché à la gestion des aiguillages comporte les étapes suivantes : restructurer les services; mettre au point les normes d'orientation et les cibles d'accès déterminées par la province en fonction de la population ou de l'itinéraire vers les soins; et automatiser le processus d'orientation grâce à un aiguillage par voie électronique. Ces travaux abordent les difficultés actuelles occasionnées par la variabilité des processus d'orientation et de communication, c'est-à-dire l'absence de processus d'orientation uniformisés et le manque de transparence quant à l'état d'avancement des aiguillages, les problèmes de gestion des capacités associés à l'offre et à la demande pour les services connexes et le processus d'orientation manuel.

Alberta Health Services amorce une phase de mobilisation et de conception cliniques afin de définir l'expérience liée à l'aiguillage par voie électronique en Alberta. Un portail Web servira à automatiser le processus d'orientation. À court terme, les utilisateurs de l'Alberta Netcare Portal pourront créer et gérer des aiguillages au sein du portail Netcare. Les plans à long terme prévoient l'intégration de l'Alberta Netcare Portal à des applications cliniques comme les dossiers médicaux électroniques, les systèmes de programmation des rendez-vous et le portail destiné aux patients. Alberta Health Services procédera à une mise en œuvre limitée de l'aiguillage électronique dans la province pour les chirurgies des genoux et des hanches et les traitements contre le cancer du sein et du poumon à compter de novembre 2013. Ces parcours cliniques ont été choisis parce qu'ils sont déjà accompagnés de lignes directrices déterminées par la province, ils ont déjà fait l'objet d'une restructuration des processus opérationnels et ils ont des champions cliniques attirés. Une analyse de rentabilité et un plan de mise en œuvre en vue du déploiement provincial de la plate-forme pour l'aiguillage par voie électronique et les temps d'attente, en dehors de la production limitée, est déjà en cours de mise au point.

RÉPERCUSSIONS :

Les données probantes sur l'efficacité et l'efficacité des aiguillages par voie électronique proviennent principalement des



études de cas internationales étant donné qu'aucun examen systématique ni essai contrôlé randomisé n'a été publié afin de quantifier avec certitude l'incidence des systèmes d'aiguillage électronique. Selon ces données, les aiguillages par voie électronique ont contribué à éliminer les risques associés aux processus manuels d'acheminement du travail et ont diminué de façon considérable les inefficacités dans le système de soins de santé, le chevauchement ainsi que les erreurs de transcription. Pratiquement toutes les initiatives d'aiguillage électronique ont permis d'améliorer l'accès aux services, d'accroître les capacités du système de soins de santé et de diminuer les temps d'attente pour les patients.

Une évaluation officielle du programme Path to Care de l'Alberta, y compris une analyse des avantages et de la rentabilité des investissements, est en cours de mise au point. L'évaluation se penchera sur les retombées du programme Path to Care sur toutes les dimensions de la qualité, c'est-à-dire l'accès, la pertinence, l'acceptabilité, l'efficacité, la sécurité et l'efficacité.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Alberta Health Services mise sur les travaux accomplis dans le but de diminuer la variabilité dans le processus d'orientation et de l'automatiser comme aux États-Unis (San Francisco General Hospital, Cook County Health and Hospital System, Boston Medical Centre, Harvard University/Partners Health System), au Danemark (MedCom-Projects), en Australie (Australia Capital Health) et en Nouvelle-Zélande (Hut Valley District Health Board).

Le processus d'orientation d'Alberta Health Services n'a pas été mis en place ailleurs. L'initiative pourrait théoriquement être appliquée et transférée ailleurs.

Le contenu a été adapté à partir des sources et des sites Web suivants :

- Alberta Health Services. (2012). *Closed loop referral management in Alberta: Draft white paper*. Edmonton, AB. (document interne).
- Alberta Health Services. (2012). *Path to Care: Opportunity assessment* [document interne].
- Bichel, A. (communication personnelle : entrevue et rétroaction, 11 décembre 2012). [Alberta Health Services]

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Allison Bichel, M.H.P., M.B.A.

Titre : Directrice exécutive, Accès

Organisme : Alberta Health Services

Courriel : allison.bichel@albertahealthservices.ca

Téléphone : 403-617-6642

External Source: <http://www.albertahealthservices.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse – Déclaration des temps d'attente

LOCATION:	Nouvelle-Écosse	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:		CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

L'Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein (ICDCS) comporte un indicateur de rendement relativement aux temps d'attente à l'échelle nationale concernant l'intervalle de diagnostic. Dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse (PDCSNE), on a prolongé la déclaration des temps d'attente au-delà de l'intervalle de diagnostic. On rend compte de neuf indicateurs qui permettent d'effectuer le suivi de l'expérience relative aux temps d'attente réels des patients tout au long du continuum des soins de santé pour le cancer du sein, allant du dépistage à la chirurgie. Les indicateurs comprennent : 1) la date du premier appel d'un client au centre des rendez-vous jusqu'à la date de rendez-vous pour le dépistage; 2) la date de la mammographie de dépistage jusqu'à la date de la mammographie préparatoire; 3) la date de la mammographie de dépistage jusqu'à la date du rapport parachevé; 4) la date du rapport parachevé jusqu'à la date de la mammographie préparatoire; 5) la date de réception d'une demande jusqu'à la date d'une mammographie diagnostique urgente ou semi-urgente; 6) la date de la procédure de mammographie diagnostique la plus récente jusqu'à la date de la microbiopsie à l'aiguille; 7) la date de la mammographie de dépistage jusqu'à la date de la microbiopsie à l'aiguille; 8) la date de la mammographie préparatoire jusqu'à la date de la microbiopsie à l'aiguille; et 9) la date de la microbiopsie à l'aiguille jusqu'à la chirurgie pour un cancer du sein. Les résultats sont présentés au public à l'aide du site Web sur les temps d'attente à l'échelle provinciale et directement aux gestionnaires et au personnel au sein des services de mammographie. On indique le rendement des établissements par rapport à la cible nationale, la moyenne provinciale et tous les autres établissements. Le PDCSNE saisit les données dans la mesure où il est possible de répartir l'indicateur national en temps d'attentes bien précis et de déterminer où il peut exister des congestionnements le long de la trajectoire clinique.

RÉPERCUSSIONS :

Le PDCSNE a adopté l'utilisation de l'analyse rétrospective afin d'améliorer la diffusion de l'information sur les temps d'attente. Généralement, on effectue le calcul des 50^e (médiane) et 90^e percentiles pour chaque indicateur dans un trimestre civil. La déclaration des temps d'attente est souvent considérée comme une mesure de transparence envers le public. Dans le cadre du PDCSNE, on a saisi l'occasion d'échanger l'information sur les temps d'attente directement avec le personnel soignant. Ce niveau d'engagement s'est révélé efficace, puisque les membres du personnel sont davantage soucieux des objectifs en fonction desquels ils sont évalués. Également, les établissements ayant un mauvais rendement ont davantage tendance à faire appel au PDCSNE, en recherchant des moyens d'améliorer leur rendement.

La répartition des indicateurs des temps d'attente en éléments plus petits a également aidé à améliorer les temps d'attente. Les membres du personnel spécialisé (p. ex. les radiologistes) s'approprient certains temps d'attente (p. ex. les temps de déclaration), ce qui signifie que leur rendement est le facteur principal de cet élément. Par conséquent, un sentiment d'appartenance et de responsabilité concernant les temps d'attente s'est développé au sein du personnel dans l'ensemble de la province. Depuis la mise en place de la déclaration régulière des temps d'attente pour tous les services de mammographie en Nouvelle-Écosse, il y a eu une amélioration notable concernant les temps d'attente et une diminution de l'écart entre les établissements.

Au cours du quatrième trimestre de 2010, alors que cette pratique venait tout juste d'être amorcée, cela a pris 41 jours pour 90 p. cent des patients en Nouvelle-Écosse afin d'avoir une mammographie préparatoire après un dépistage anormal. En date du quatrième trimestre de 2012, ce temps d'attente a été réduit à 26 jours pour 90 p. cent des patients en Nouvelle-Écosse.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

À ce jour, dans le cadre du PDCSNE, nous ne sommes pas au courant de la mise en œuvre officielle de cette approche à un autre emplacement.



Cette pratique a permis une sensibilisation concernant les temps d'attente des patients et les cibles en matière de temps d'attente pour les fournisseurs de soins de santé de première ligne offrant les services qui font l'objet d'une évaluation. Peu importe si la présentation de l'information sur les temps d'attente n'améliore pas à elle seule le rendement, l'accessibilité de l'information constitue la première étape pour susciter un changement positif et créer un environnement qui favorise les idées nouvelles à tous les échelons de l'organisme.

Bien que la déclaration des percentiles médians et 90^e percentiles ne soit pas nouvelle, la diffusion de l'information sur les temps d'attente pour les mammographies directement aux fournisseurs de soins de santé constituait une approche mise à l'essai en Nouvelle-Écosse.

Le contenu a été adapté des sources et des sites Web pertinents suivants :

- <http://waittimes.novascotia.ca>
- Duggan, R. Contenu extrait de la présentation d'un résumé lors du Symposium national sur les soins intégrés du Conseil de la santé (2012).

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Ryan Duggan

Titre : Analyste de données et coordonnateur de projet

Organisme : Programme de dépistage du cancer du sein de la Nouvelle-Écosse

Courriel : Ryan.Duggan@cdha.nshealth.ca

Numéro de téléphone : 902-488-0839

Dernière mise à jour : 12 avril 1013

External Source: <http://breastscreening.nshealth.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Site Internet QualityInsight.ca du Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan

LOCATION:	Saskatchewan	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La création du site Internet Quality Insight du Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan a commencé en mars 2010. Le site a été mis sur pied en collaboration avec le groupe de travail [Quality Insight et deux groupes consultatifs sur les initiatives en chirurgie, soit l'Executive Sponsorship Group et la Guiding Coalition](#).

Quality Insight est le premier site Internet du genre au Canada. Il s'agit d'une ressource facile à utiliser qui abrite plus de 100 mesures de rendement du système de santé de la Saskatchewan, des temps d'attente pour une chirurgie à l'évaluation par les patients du temps qu'ils ont passé à l'hôpital. Quality Insight a été conçu pour donner à tous – grand public, prestataires des soins, gestionnaires dirigeants – un accès sans précédent à de l'information sur le rendement du système de santé.

Ce degré de transparence dans l'information et le soutien aux travaux d'amélioration de la qualité dans un système de santé est une première au Canada et peut-être même dans le monde. Quality Insight est une véritable mine de renseignements pour tous les partenaires du système de santé. En réunissant plusieurs sources de données, il permet de bénéficier de données pertinentes régulièrement mises à jour, qui livrent un portrait « en temps réel » du système de santé de la Saskatchewan et de ses progrès vers des cibles mesurables pour l'amélioration des soins chirurgicaux des patients en Saskatchewan.

Les indicateurs proposés dans le site Quality Insight couvrent un large éventail d'aspects de la qualité des soins de santé tels que l'accessibilité, la sécurité et l'expérience du patient. Le site vise à souligner les progrès accomplis en fonction de critères de références globaux pour l'ensemble des priorités stratégiques du système de santé et d'indicateurs plus représentatifs aux échelles régionale et locale. Les tableaux de données sont mis à jour chaque mois, tous les trimestres ou annuellement, selon l'indicateur. L'information provient d'une variété de sources, dont des bases de données administratives provinciales, des sondages sur l'expérience vécue par les patients en soins de courte durée ou en soins d'urgence (on projette aussi d'ajouter les résultats de sondages pour les soins primaires) et des bases de données d'organismes partenaires du secteur de la santé. Un processus normalisé de soumission de données est aussi utilisé et relie le Conseil de la qualité en santé à certaines régions sanitaires pour la collecte de données locales ou d'ensembles de données non normalisées. À partir du travail de collaboration déjà accompli par la Saskatchewan Surgical Initiative, des indicateurs initiaux ont été choisis par le groupe de travail Quality Insight, en consultation avec les régions sanitaires provinciales et d'autres partenaires et organismes d'intervenants. De nouveaux indicateurs ont été ajoutés en fonction des besoins stratégiques et organisationnels précisés par les organismes partenaires.

L'un des grands objectifs du site Quality Insight est de faire évoluer la culture qui entoure la collecte de données et d'accroître la compréhension de l'utilité des données pour l'apprentissage et l'amélioration. La présentation graphique des données, notamment les graphiques chronologiques et les tableaux de contrôle statistiques, met l'accent sur le suivi des tendances au fil du temps au lieu d'afficher simplement les résultats d'une mesure unique ou adoptée à un seul endroit. Le site Web propose également de l'information pour interpréter les données ainsi présentées afin de faciliter la prise de décision en temps réel chez les dirigeants du secteur de la santé. Enfin, la section *News and Resources* (nouvelles et ressources) de la page d'accueil propose des articles courants sur les mesures de l'amélioration.

RÉPERCUSSIONS :

Les principaux utilisateurs de Quality Insight sont les citoyens de la Saskatchewan, les gestionnaires en amélioration de la qualité et les analystes des politiques dans les régions sanitaires et au ministère de la Santé. Bien qu'aucune évaluation



officielle n'ait été réalisée quant aux effets et à l'utilisation du site Web à ce jour, une somme appréciable de preuves anecdotiques semble indiquer que Quality Insight constitue une valeur ajoutée pour ses utilisateurs. Et surtout, la province et les régions sanitaires considèrent Quality Insight comme une ressource de premier plan en matière de rendement du système de santé, et ce, aux échelles provinciale, régionale et locale. Elles se fient aux données disponibles dans le site pour les guider dans leurs efforts et assurer le suivi des résultats obtenus.

Le Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan dispose également d'un processus courant pour recueillir, dans tout le système de santé, les commentaires des principaux utilisateurs du site. Le Conseil leur demande ce qui pourrait être ajouté ou amélioré dans le site pour mieux répondre aux besoins de ses utilisateurs. Ce mécanisme, ajouté aux consultations informelles et aux demandes d'améliorations envoyées par les utilisateurs, joue un rôle important en guidant les décisions relatives au développement. En fait, ces processus forment ensemble des déterminants essentiels pour classer en ordre de priorité les améliorations à apporter.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Depuis sa mise en ligne en février 2011, le site Web Quality Insight n'a cessé de grandir et de s'améliorer. Une étape importante de son développement a été le lancement, en décembre 2011, du premier tableau de bord régional (créé en consultation avec la région sanitaire Cypress afin de mieux répondre aux besoins locaux). D'autres régions de la province ont créé des tableaux de bord similaires, qui mettent en lumière les priorités stratégiques locales. Avec l'adoption de la méthode de gestion LEAN dans tout le système de santé de la Saskatchewan, on note un intérêt croissant pour l'utilisation du site Web Quality Insight en tant que plateforme provinciale pour un « mur de visibilité » virtuel, lancé au début de 2013. Dans le cadre de la méthodologie LEAN, un tel projet permettrait à l'équipe de direction provinciale et au public d'avoir l'œil sur les effets des initiatives d'amélioration de la qualité dans la province, au fur et à mesure que ces projets sont déployés.

Bien que d'autres exemples de sites Web présentant des données en vrac existent au Canada et ailleurs, Quality Insight est unique en raison de l'importance que le site accorde à l'accessibilité du public et à la collecte de mesures dynamiques, en temps réel. D'autres gouvernements du Canada ont fait part de leur intérêt à en savoir plus sur le concept du site Web du Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan. De même, il est possible que d'autres ministères et d'autres secteurs de l'administration de la Saskatchewan suivent l'exemple de Quality Insight en matière de partage de l'information publique de manière transparente et exhaustive.

Ce contenu a été préparé à partir des sources et des sites Web suivants :

<http://hqc.sk.ca/saskatchewan/health-system-performance/>

www.qualityinsight.ca/about/

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Rosemary Gray, directrice de programme

Organisme : Conseil de la qualité en santé (Health Quality Council) de la Saskatchewan

Courriel : rgray@hqc.sk.ca

Téléphone : 306 668-8810, poste 116

Dernière version : 21 février 2013

External Source: <http://www.qualityinsight.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Plans d'amélioration de la qualité

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION :

La *Loi sur l'excellence des soins pour tous (LEST)* a été adoptée en juin 2010. Consolidant l'orientation organisationnelle du secteur des soins de santé et insistant sur sa responsabilité de fournir aux patients des soins de haute qualité, elle met au premier plan les patients ontariens. Les plans d'amélioration de la qualité (PAQ), qui sont un des éléments de la *LEST*, sont souvent considérés comme la pierre angulaire de cette loi.

La *LEST* prévoit ce qui suit :

- des comités de la qualité qui ont la responsabilité de surveiller les dossiers liés à la qualité et d'en faire rapport;
- des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) annuels, que chaque organisme de soins de santé doit préparer et rendre publics;
- des sondages auprès des patients, des clients ou des aidants naturels, afin d'évaluer leur degré de satisfaction envers les services;
- des sondages auprès du personnel (employés et prestataires de services) pour évaluer leur degré de satisfaction envers leur emploi et prendre la mesure de leurs opinions sur la qualité des soins fournis par l'organisme de santé;
- une déclaration des valeurs des patients élaborée à la suite d'une consultation publique par les organismes de santé qui n'en ont pas actuellement;
- un processus pour les relations avec les patients, afin de traiter les problèmes relatifs à l'expérience des patients et d'illustrer la déclaration des valeurs de l'organisme.

Les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) annuels sont établis par l'organisme de soins de santé et comprennent des indicateurs de qualité, des cibles mesurables d'amélioration du rendement ainsi que la programmation d'activités d'amélioration conformes aux objectifs et aux priorités d'amélioration de la qualité de l'organisme. Le Ministère offre aux organismes de soins de santé des orientations, des modèles communs ainsi que d'autres soutiens afin d'aider à la mise au point d'un PAQ en adéquation avec les priorités du système. Les PAQ sont préparés annuellement, diffusés publiquement et présentés à Qualité des soins de santé Ontario. La diffusion publique vise à promouvoir les principes de la *LEST*, notamment la responsabilisation et la transparence. Une responsabilisation supplémentaire est énoncée dans la disposition de la loi qui lie la rémunération du chef de la direction de chaque hôpital à la réalisation des objectifs d'amélioration de la qualité de l'établissement.

Le PAQ est un outil qui permet aux hôpitaux de reconnaître, de décrire et d'atteindre des objectifs d'amélioration de la qualité d'une manière rigoureuse. Tous les hôpitaux se sont dotés d'un comité sur la qualité chargé de superviser l'élaboration du PAQ, qui doit être agréé par le président du conseil d'administration de l'hôpital et par le chef de la direction.

D'excellents PAQ, accompagnés d'une mise en œuvre bien réalisée, renforceront la capacité du secteur hospitalier à fournir aux patients des soins de haute qualité. Des plans d'amélioration de la qualité sont utilisés dans diverses organisations de soins de santé du monde entier afin d'assurer une reddition de comptes publique fondée sur des données. Ainsi que le décrit Ross Baker dans son rapport fondamental intitulé *Une gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé canadiens*^[1], le conseil d'administration et les cadres supérieurs du Virginia Mason Medical Center se servent de plans d'amélioration de la qualité dans le cadre d'un plus vaste programme stratégique. En outre, à la régie de la santé de l'île de Vancouver, le conseil d'administration travaille avec le personnel de la régie à établir, dans un plan de qualité, des priorités en matière de qualité et de sécurité des patients, compte tenu des orientations du ministère de la Santé.

Les PAQ présentés à Qualité des soins Ontario sont examinés et contribuent à la rétroaction transmise au terrain. Dans le cas des PAQ des hôpitaux pour 2012-2013, cela s'est traduit par la production du rapport *PAQ : une analyse des points à améliorer*. Ce document décrit le progrès général d'une année à l'autre et mentionne les hôpitaux qui ont des plans et des pratiques



exemplaires. En outre, le rapport présente notamment la moyenne provinciale et des données comparatives sur la performance pour une série d'indicateurs. Ces indicateurs comprennent l'infection à *Clostridium difficile*, la pneumonie sous ventilation assistée, l'hygiène des mains, l'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central, les escarres de décubitus, les chutes, la liste de vérification d'une chirurgie sécuritaire, les contentions physiques, le ratio normalisé de mortalité hospitalière, les marges totales, la durée du séjour des patients hospitalisés au service des urgences, la satisfaction des patients, le taux de réadmission dans les 30 jours et le pourcentage de jours ANS (autre niveau de soins).

Les PAQ ont également été mis en place en 2013 dans les modèles de soins primaires dispensés par des équipes interprofessionnelles (qui comprennent les équipes de santé familiale, les centres de santé communautaire, les cliniques dirigées par le personnel infirmier praticien et les centres d'accès aux services de santé pour les autochtones) en tant que priorité incontournable du programme de transformation des soins de santé en Ontario.

RÉPERCUSSIONS :

Selon le rapport de Qualité des soins de santé Ontario (QSSO) intitulé *PAQ 2012-2013 : une analyse des points à améliorer*, des progrès ont été réalisés depuis la présentation des premiers PAQ en 2011-2012 en application de la LEST. QSSO souligne trois éléments clés :

- le respect absolu des exigences relatives à la présentation des PAQ (c.-à-d. : tous les hôpitaux ont présenté leurs plans);
- les PAQ cernaient des objectifs conformes aux priorités stratégiques des hôpitaux; ils comprenaient des mesures et des cibles appropriées;
- en matière de changement, les PAQ ont suscité des idées novatrices et fécondes.

L'inclusion de cibles et d'indicateurs précis dans les PAQ facilite l'analyse de leurs répercussions sur les résultats de santé et sur le rendement des soins de santé. L'*Analyse des points à améliorer* de 2012-2013 exemplifie une amélioration de la performance relativement aux infections de la circulation sanguine liées à un cathéter central, aux pneumonies sous ventilation assistée, à l'hygiène des mains et à la satisfaction des patients. Toutefois, cette analyse indique qu'il reste encore des points à améliorer, puisque de nombreux hôpitaux n'ont pas atteint leurs cibles pour les jours ANS et les temps d'attente aux services des urgences.

En 2012, une étude a été réalisée dans le but de comprendre comment la LEST, avec notamment ses exigences en matière de plans d'amélioration de la qualité, avait influencé les pratiques de gouvernance de certains organismes de l'Ontario en ce qui concerne la qualité et la sécurité des patients. Les résultats montraient qu'à court terme, les exigences de la loi pouvaient limiter l'efficacité des organismes à fort rendement qui ciblaient déjà ces questions. Il y avait également des préoccupations à propos des mesures, par ex., dans certains cas, l'attention portée aux priorités provinciales les détournait de leurs activités répondant aux priorités locales. Cependant, cette même étude remarque que la LEST a aidé à « relever la barre » relativement à la qualité des soins et à la sécurité des patients et qu'elle favorise la mise en adéquation de la gouvernance et de la prestation de soins de qualité.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Des responsables de haut niveau de l'Ontario ont déclaré que les PAQ sont un élément moteur de la transparence parce qu'ils responsabilisent les organismes. À partir de mars 2013, les PAQ sont obligatoires dans les hôpitaux et les organismes interprofessionnels de soins de santé primaires. Il est prévu d'aider les organismes de soins de santé de tout le continuum de soins à adopter les principes de la LEST; l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'amélioration de la qualité font partie de cette vision.

Contenu adapté à partir des sources et des sites Web ci-dessous :

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2012). *À propos de la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Extrait le 28 novembre 2012 de <http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/act.aspx>

Baker, G.R., Denis, J.-L., Pomey, M.-P., et MacIntosh-Murray, Anu. (2010). *Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada*. Ottawa, ON : Fondation pour l'amélioration des services de santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, p. 15. Extrait de http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/11505_Baker_rpt_fr_FINAL.pdf

Baker, G.R., et MacIntosh-Murray, A. (2012). Governance for quality and patient safety: The impact of the Ontario Excellent Care for All Act, 2010. *Healthcare Quarterly*, 15, 44–50. Extrait de <http://www.longwoods.com/content/23161>



PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Jillian Paul
Titre : Gestionnaire
Organisme : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Courriel : jillian.paul@ontario.ca
Téléphone : (416) 325-5600

Dernière mise à jour : 11 mars 2013

External Source: http://health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/legislation/quality_improve.aspx



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CAQSSP)

LOCATION:	Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Primary Health Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

La Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients (CAQSSP) a été créée en 2010 par le comité directeur, région de l'Atlantique, du programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Cette collaboration regroupe des membres volontaires et se compose de représentants des ministères de la Santé des quatre provinces de l'Atlantique, de représentants des régions et des systèmes de la santé, des présidents de comités provinciaux de la qualité des soins et de comités pour la sécurité des patients ainsi que de la direction de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour la région de l'Atlantique. Le soutien d'un secrétariat est assuré par l'Institut canadien pour la sécurité des patients. La CAQSSP est le premier groupement interprovincial du genre au Canada, et cette collaboration marque le début d'une nouvelle ère de partenariat entre les provinces atlantiques, qui poursuivront ainsi leurs efforts communs pour maximiser la sécurité des patients et la qualité des soins.

L'objectif premier de la CAQSSP, dont le mandat s'échelonne sur trois ans, est d'élaborer une stratégie commune et des recommandations visant à informer les sous-ministres de la Santé des provinces atlantiques sur les tendances, les enjeux, les orientations politiques et les possibilités en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. Au départ, le financement de la CAQSSP était assuré par l'ICSP grâce à une subvention de démarrage unique. La Collaboration a toutefois permis de générer des revenus modestes, grâce au *Partage de connaissances de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients*, l'un des projets qu'elle a mis sur pied. Les coûts de cette pratique ne sont pas élevés et elle ne fait pas appel à la haute technologie. La majorité des rencontres de la CAQSSP ont lieu de manière virtuelle, chaque trimestre, et une seule rencontre en personne a lieu annuellement. Les discussions portent sur la facilitation, la création de compétences et de relations, l'échange de connaissances et la formulation de recommandations fondées sur des faits probants en vue de résoudre les problèmes de qualité des soins et de sécurité des patients à l'échelle de tout le système de santé dans la région atlantique.

Les grands objectifs de la CAQSSP consistent à :

- répondre aux besoins communs de formation en qualité des soins et en sécurité des patients;
- établir et recommander des indicateurs de rendement commun qui pourraient être contenus dans un tableau de bord équilibré pour la région atlantique, lequel serait conçu par chaque structure provinciale de qualité de soins et de sécurité des patients;
- faciliter la participation d'un plus large éventail d'intervenants régionaux et nationaux à la progression du plan de travail en matière de qualité et de sécurité des patients ainsi qu'au renforcement de la culture de la qualité et de la sécurité des patients au sein du système de santé du Canada atlantique;
- accroître la capacité à transposer la recherche sur la qualité et la sécurité des patients en stratégies de prise en charge des enjeux dans ce domaine, à l'échelle du système de santé;
- mettre à profit les solutions en technologies et en gestion de l'information afin d'améliorer la mesure de la qualité et des résultats en matière de sécurité des patients;
- faciliter la reconnaissance de l'excellence en matière de qualité et de sécurité des patients, notamment en mettant en valeur et en soulignant la pertinence des stratégies et des résultats de la collaboration;
- démontrer qu'il est possible d'éviter certains coûts ou de réaliser des économies en mettant en place des initiatives en qualité de soins et en sécurité des patients.



RÉPERCUSSIONS :

La CAQSSP a lancé avec succès plusieurs initiatives, notamment le premier *Partage de connaissances de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients*, qui a eu lieu à Charlottetown (Î.-P.-É.) en mai 2011. La prochaine rencontre de partage des connaissances pour la région de l'Atlantique aura lieu à Moncton, au Nouveau-Brunswick, les 14 et 15 mai 2013.

En novembre 2011, la CAQSSP a appuyé la création et le déploiement de la Série d'apprentissages national sur la durabilité et l'expansion (SAN-DE), qui s'étend sur 24 mois et qui est composé de 16 équipes provenant de 14 autorités de la santé. L'objectif de cette initiative d'amélioration est de renforcer les capacités des organismes de prestation de soins de l'Atlantique pour la mise en œuvre et la diffusion de changements durables, tout en s'attaquant à des priorités clairement exprimées dans les plans de travail pour la qualité et la sécurité des patients des organismes participants. La plupart se concentrent sur la sécurité des soins chirurgicaux ou sur le bilan des médicaments des patients, ou les deux.

De plus, le programme éducatif Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients a été offert dans trois des quatre provinces atlantiques en 2012-2013 à la suite d'une recommandation des sous-ministres. Des travaux sont aussi en cours pour la mise sur pied d'une masse critique de pairs animateurs en gouvernance pour les provinces atlantiques, en partenariat avec l'Association canadienne des soins de santé, l'ICSP, les quatre provinces et la Health Association of Nova Scotia.

Les témoignages personnels de membres de la CAQSSP confirment que cette pratique a des effets positifs en permettant aux divers intervenants de progresser et de renforcer le plan de travail en qualité des soins et en sécurité des patients au Canada atlantique. Ces résultats ont été rendus possibles grâce aux autorités régionales et aux districts de la santé, qui bénéficient désormais d'un meilleur accès à des ressources et à des outils fondés sur des faits probants et qui ont adopté ceux-ci dans le cadre de leur plan pour la qualité des soins et la sécurité des patients et dans les structures provinciales de sécurité des patients. Les membres de la Collaboration ont souligné que cette pratique favorisait une meilleure facilitation et l'établissement de relations entre les organismes dont, entre autres, l'ICSP, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et Agrément Canada. La CAQSSP commence également à se pencher sur le rendement du système grâce aux indicateurs communs de qualité et de sécurité des patients de l'ICIS afin de pouvoir mettre en place des mesures qui seront normalisées ultérieurement.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

Bien que, dans leur pays respectif, des organismes internationaux soient responsables de formuler des recommandations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients au public et aux décideurs (c'est le cas par exemple de l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care), la CAQSSP est la seule collaboration du genre au Canada, qui réunit des représentants de plusieurs ministères provinciaux et d'autorités régionales et provinciales de la santé, à offrir de la formation sur le terrain et du renforcement des capacités. Cette pratique pourrait toutefois se transposer facilement aux autres provinces et aux territoires.

Ce contenu a été préparé à partir des sources et des sites Web suivants :

Fillatre, T., présidente de la CAQSSP (communication personnelle, 25 février 2013).

www.patientsafetyinstitute.ca

www.saferhealthcarenow.ca/FR/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : Theresa Fillatre, MHSA, I.I., B. S. soc., C. H. E.

Titre : présidente de la Collaboration de l'Atlantique sur la qualité des soins et la sécurité des patients et directrice régionale principale de l'ICSP

Organisme : Institut canadien pour la sécurité des patients

Courriel : tfillatre@ICSP-icsp.ca

Téléphone : 902 221-4719

Dernière version : 19 février 2013

External Source: <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/events/VirtualPrograms/Pages/default.aspx>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Transformation by Design (transformation par le réaménagement)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Providence Healthcare de Toronto, en Ontario, devait transformer complètement sa façon de prodiguer des soins afin d'améliorer la circulation des patients, étant donné que cet organisme était confronté à une gravité accrue de l'état des patients au sein du système de santé. Les patients en niveau de soins alternatifs (NSA) de Providence Healthcare occupaient 28 % des lits de l'hôpital en 2009, ce qui nuisait à la capacité de l'organisme à réagir aux pressions de ses hôpitaux partenaires en soins de courte durée aux prises avec un nombre considérable de patients NSA en attente de réadaptation. Depuis plus d'un an, Providence Healthcare a maintenu une moyenne de 12 % de ses lits occupés par des patients NSA. Les patients vivaient également de trop nombreux transferts et transitions inefficaces lorsqu'ils quittaient les soins de courte durée pour la réadaptation avant de retourner à la maison. L'organisme a donc dû mettre sur pied un projet sur plusieurs années – le projet Transformation by Design, amorcé en janvier 2010. Son objectif était de créer un nouveau modèle pour améliorer la circulation des patients ce qui, en retour, permettrait aussi d'améliorer la qualité des soins. Ces améliorations portent essentiellement sur la gestion des deux étapes de transition qui jalonnent le parcours du patient vers la guérison : son transfert de l'hôpital de soins de courte durée vers les soins de réadaptation internes à Providence même, et leur transfert de l'hôpital à la maison avec soutien de la clinique externe. Le projet comprenait aussi la mise à niveau d'unités de l'hôpital et des changements au sein du personnel.

Les premières équipes pilotes du projet comprenaient une unité des AVC et une unité de réadaptation en neurologie (patient à faible tolérance) et la clinique externe de l'AVC. Plus de 200 personnes – membres du personnel, patients et famille – ont participé à la conception du projet, à sa mise en œuvre, aux mesures et à son maintien par la suite. Le personnel de première ligne a créé, testé et mis en œuvre les améliorations apportées au fil du projet, lesquelles comprenaient entre autres des changements au processus de gestion des transitions et des transferts. Six changements au modèle de dotation, 12 nouveaux espaces de thérapie en appui à la philosophie de la « réadaptation en tout temps, toujours, un patient à la fois », et de nouveaux modèles de mesure et de maintien ont été conçus pour améliorer la circulation des patients. Les améliorations portaient essentiellement sur la gestion au cours de trois étapes du cheminement des patients : (1) des soins de courte durée à Providence, (2) au cours de l'hospitalisation à Providence, et (3) de l'hospitalisation vers la maison et la clinique externe. Les changements apportés étaient entre autres :

- De s'assurer que le bon patient est admis au bon lit et au bon moment grâce aux nouveaux préposés à la circulation des patients (Patient Flow Coordinators), qui vont à la rencontre du patient aux soins de courte durée avant leur arrivée à Providence.
- Des rencontres régulières au chevet du patient par l'équipe soignante.
- Une élimination des transferts – les patients restent dans la même chambre où ils ont été admis en premier lieu.
- Des sorties d'essai – les patients font au moins une sortie et un retour à la maison avant d'obtenir leur congé définitif.
- De meilleurs liens avec le médecin de famille avant le congé.
- Des services externes élargis pour les patients.
- Une transition plus facile de la thérapie en cours d'hospitalisation à la thérapie externe – les patients rencontrent l'équipe soignante à la clinique externe avant leur congé.
- L'élimination des chambres à quatre lits.
- Un espace pour réadaptation autogérée.
- Des salles de thérapies spacieuses et lumineuses.

Les processus mis en œuvre ont été financés par une nouvelle répartition à l'interne de l'enveloppe de financement de Providence Healthcare. La refonte des espaces cliniques a été réalisée en partenariat avec la fondation de l'hôpital, la



Providence Healthcare Foundation.

RÉPERCUSSIONS :

Une évaluation continue du projet a été réalisée à l'aide de sondages auprès des patients, de sondages auprès du personnel, de collecte des enseignements qu'a permis le projet auprès de ses dirigeants et de ses intervenants et de mesures des principaux indicateurs de circulation des patients. Les résultats du projet pilote ont été marqués par une augmentation de 20 % de la satisfaction globale du personnel, de la période précédant les changements à celle qui en a suivi la mise en œuvre; 83 % du personnel s'est dit d'accord avec le fait que les changements au sein du personnel ont aidé les patients et en ont amélioré la circulation; 82 % du personnel était d'accord avec le fait que les réaménagements de l'espace ont permis d'appuyer le concept « réadaptation en tout temps, toujours, un patient à la fois » et s'est dit satisfait par cet aménagement dans son ensemble; 90 % des patients ont affirmé que l'environnement les avait aidés à atteindre leurs objectifs en matière de réadaptation. Parmi les améliorations aux indicateurs de circulation des patients de l'année financière 2009-2010 à 2011-2012, on a constaté notamment une hausse du nombre des admissions (de 141 à 204), une augmentation de la proportion de patients retournés chez eux (de 69,4 % à 74,5 %), une amélioration de l'efficacité du séjour à l'hôpital (de 0,37 à 0,5), une diminution de la durée moyenne des séjours de 74 à 56 jours et une hausse de la proportion de patients de retour à la clinique de l'AVC et à la clinique de neurologie en moins de 60 jours après leur congé et leur retour à la maison (de 17,2 % à 26,9 %).

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

En raison du succès de sa version pilote, le projet a été déployé avec succès et maintenu dans deux autres unités : la réadaptation orthopédique et des amputés et la réadaptation gériatrique. L'objectif est de l'étendre aux six unités de Providence Healthcare d'ici 2015.

PERSONNES-RESSOURCES :

Nom : Heidi Hunter
Titre : Gestionnaire en amélioration de la qualité
Organisme : Providence Healthcare
Courriel : hhunter@providence.on.ca
Téléphone : 416-285-3666, poste 4424

Nom : Thelma Horwitz
Titre : Directrice, Amélioration de la qualité et des processus
Organisme : Providence Healthcare
Courriel : thorwitz@providence.on.ca
Téléphone : 416-285-3666, poste 4081

Dernière mise à jour : 26 novembre 2012

Site Web pertinent :

www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations

External Source: <http://www.providence.on.ca>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Responsive Intersectoral Children’s Health, Education, & Research (RICHER) Initiative

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE :

Au cours des dernières années, comprendre et mettre fin aux inégalités en matière de santé des enfants est devenu une priorité pour la recherche comme pour la pratique. Puisque les voies d’influence en matière de santé et de développement des enfants vont au-delà du seul domaine biomédical, la littérature émergente reconnaît que de nouvelles approches des soins intégrés sont nécessaires pour favoriser l’accès aux soins de santé.

Le BC Children’s Hospital a créé l’initiative Responsive Intersectoral Children’s Health, Education, & Research (RICHER) en 2007. Cette initiative intersectorielle à financement public est un service de soins de santé communautaires et de pédiatrie spécialisée conçu pour répondre aux besoins des enfants, des adolescents et des familles des quartiers du centre-ville de Vancouver. Les besoins particuliers des familles sont pris en compte au moment d’offrir des services de soins de santé, lesquels sont liés aux services de soins spécialisés et à leurs réseaux de soutien communautaires. Le projet se concentre principalement sur les enfants à risque, puisque leurs antécédents et leur milieu social les prédisposent souvent à souffrir des conséquences de retards de développement et d’une mauvaise santé. Les problèmes d’accès à des soins de santé adéquats aggravent encore davantage leur vulnérabilité, car ils compromettent la continuité des soins et font obstacle aux renvois en consultation en temps opportun en vue d’une évaluation et d’un traitement.

L’objectif de l’initiative RICHER est de réduire les inégalités en matière de santé des enfants en améliorant l’accès des jeunes aux soins primaires, secondaires et tertiaires. Le projet RICHER offre à une fréquence régulière des cliniques de soins primaires itinérantes et des services de pédiatrie aisément accessibles. RICHER est une infrastructure communautaire dont les services sont offerts dans des espaces communautaires (garderies, écoles et centres communautaires, par exemple). Grâce à des partenariats intersectoriels, des services et des ressources communautaires, dont plusieurs aident les cliniciens à travailler en tenant compte des déterminants de la santé, ont pu être ajoutés aux services de santé traditionnels. Des infirmières praticiennes agissent comme point de service et prestataires de soins primaires; elles travaillent avec l’aide de pédiatres et d’autres spécialistes qui offrent des consultations en pédiatrie sur le terrain. Ces services comprennent l’évaluation, le traitement et le suivi de problèmes de santé courants et prévisibles; les soins de maladies épisodiques; le dépistage des maladies mentales et le renvoi vers les ressources appropriées, de même que le dépistage des problèmes de développement, puis le renvoi en évaluation au Sunny Hill Health Centre for Children. L’initiative RICHER constitue un complément aux programmes tertiaires et aux programmes de promotion de la santé existants. Il intègre des éléments de pédiatrie sociale et communautaire à la prestation de soins. Cette initiative travaille en collaboration avec la Vancouver Coastal Health Authority, avec des services de santé tertiaires et communautaires déjà établis et avec des organismes communautaires existants. Le modèle de services intersectoriel est unique par ses collaborations entre soins de santé primaires, organismes communautaires et santé publique, et par ses liens avec les services tertiaires et ceux des spécialistes.

Les infirmières praticiennes sont à l’emploi du BC Children’s Hospital et les services spécialisés sont administrés par l’intermédiaire du BC Children’s Hospital à l’aide d’un financement du BC Medical Services Plan. Le BC Children’s Hospital fournit l’infrastructure administrative (prise de rendez-vous en clinique, dossiers) et les partenaires communautaires offrent les sites pour la mise en œuvre des programmes cliniques.

RÉPERCUSSIONS :

Un financement a été obtenu pour des recherches continues visant à évaluer l’initiative RICHER. Ce soutien financier a été versé par les Instituts de recherche en santé du Canada – partenariats pour l’innovation dans les services de santé, par la Michael Smith Foundation for Health Research, par la BC Medical Services Foundation et par la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada. Les résultats de cette recherche démontrent que le modèle d’engagement RICHER favorise non seulement l’accès efficace des familles aux prises avec de multiples formes de désavantages, mais permet aussi aux parents d’être plus autonomes et de s’impliquer plus activement dans les soins.



En 2010, un questionnaire structuré a été remis aux familles qui bénéficiaient des services cliniques avec RICHER. L'objectif de ce sondage était de voir si le programme joignait bien la population cible et d'en savoir plus sur l'expérience des soins de santé primaires pour les patients. Ce sondage comprenait des mesures normalisées des grandes composantes des soins de santé primaires : accès, continuité (continuité de l'information, des relations et de la gestion), communication interprofessionnelle, activation des patients et autonomisation du patient. L'analyse des données du sondage a révélé que l'approche RICHER favorise l'accès aux soins primaires pour les enfants et les familles dont la pauvreté est considérable et qui sont vulnérables de multiples façons sur les plans social et matériel, notamment en raison d'une instabilité familiale, de problèmes de logement ou d'insécurité alimentaire. De plus, les enfants qui ont eu accès aux programmes cliniques RICHER affichaient des taux considérablement plus élevés d'affections complexes et de problèmes de développement que la norme dans la population en général. Les parents ont aussi fait savoir que grâce à leurs échanges avec les cliniciens RICHER, ils ont acquis de meilleures connaissances sur l'état de santé de leur enfant et se sentaient mieux outillés pour en assurer la gestion, naviguer à travers le système de santé et obtenir le soutien et l'information dont ils avaient besoin. L'une des principales pierres angulaires de l'initiative RICHER repose sur l'accessibilité et la continuité des soins, et sur la création et le maintien de relations avec les individus, les partenaires communautaires et les prestataires secondaires et tertiaires.

APPLICABILITÉ/TRANSFÉRABILITÉ :

L'initiative RICHER s'inspire des grands concepts de la pédiatrie sociale créée par le D^r Gilles Julien pour éliminer les obstacles à l'accès et pour améliorer les résultats pour la santé et la réussite scolaire chez les enfants et les adolescents du centre-ville. Elle repose aussi sur la recherche qui (1) a démontré les effets de la marginalisation et de l'exclusion sur la santé des enfants et des familles au cours de leur vie, (2) a précisé les conditions nécessaires pour réduire les effets des problèmes auxquels ils sont confrontés sur la santé et le développement de l'enfant, et (3) a cerné les procédures de soins associés à de meilleurs résultats pour la santé chez les populations vulnérables en raison de circonstances matérielles ou sociales.

PERSONNE-RESSOURCE :

Nom : D^r Judith Lynam
Titre : Professeure et directrice de la recherche, initiative RICHER
Organisme : School of Nursing, Université de la Colombie-Britannique
Courriel : judith.lynam@nursing.ubc.ca
Téléphone : 604 822-7476

Site Web pertinent : www.healthcouncilcanada.ca/content.php?mnu=4&mnu1=34#Presentations

External Source: <http://www.bcchildrens.ca/Services/SpecializedPediatrics/RICHERInitiative/default.htm>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Les rapports sur les indicateurs des soins à domicile de Qualité des services de santé Ontario

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	État de santé et résultats de santé
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Prometteuse

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme indépendant dont la mission est de faire rapport au public sur la qualité du système de santé publique de l'Ontario, de favoriser l'amélioration continue de la qualité et de promouvoir des soins de santé fondés sur les meilleures données scientifiques disponibles.

En décembre 2008, le gouvernement de l'Ontario a chargé QSSO d'évaluer la qualité des soins à domicile et la satisfaction de la clientèle, et d'en faire rapport au public. En 2010, la Loi sur l'excellence des soins pour tous du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a confié à QSSO la tâche de surveiller les services de santé, l'état de santé de la population et les résultats du système de santé pour en faire rapport aux Ontariens, de favoriser l'amélioration continue de la qualité et de promouvoir des soins de santé fondés sur des données probantes. L'Ontario est donc la première et, pour le moment, la seule province à produire des rapports publics sur des indicateurs de la qualité des soins à domicile, affichés sur le site Web d'information publique sur les soins à domicile de QSSO.

La majorité des données sont recueillies au moyen de l'instrument d'évaluation RAI-HC, qui est appliqué dans tous les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) de l'Ontario, et dont QSSO fait rapport.

Le RAI-HC est utilisé par des professionnels des soins à domicile pour évaluer les forces, les préférences et les besoins de leurs clients, afin de préparer un plan de soins axé sur la personne et de fournir des services appropriés. Les évaluations du RAI-HC ont été vérifiées dans plusieurs pays, y compris au Canada, et ont été jugées fiables et valides.

La liste des indicateurs, classés par résultats provinciaux et par CASC, est affichée sur le site Web de QSSO. La plupart des données disponibles concernent les clients de soins à domicile de longue durée — 46 % de la clientèle — puisque ce sont les seuls à avoir été évalués au moyen du RAI-HC. La publication de rapports sur les indicateurs de soins à domicile favorise la transparence et la responsabilisation et facilite la surveillance de la qualité. Ces indicateurs sont aussi présentés dans le cadre du rapport annuel de QSSO, Observateur de la qualité, avec des suggestions d'améliorations et des exemples de réussite.

Des données sur les soins à domicile dans tout l'Ontario sont recueillies par l'entremise du RAI-HC depuis 2005 et sont présentées dans des rapports publics sur le site Web des soins à domicile et dans l'Observateur de la qualité depuis trois ans. Un groupe de travail, réunissant des associations provinciales de soins à domicile, des intéressés et des experts cliniques et scientifiques, a été consulté dans le cadre d'un processus de formation de consensus afin de sélectionner un ensemble d'indicateurs clés de la qualité des soins à domicile qui serviraient à produire des rapports sur la qualité des services de soins à domicile de l'Ontario. Le site Web, récemment mis à jour en mars 2012, présente de nouvelles informations, dont les résultats de 11 indicateurs de la qualité des soins à domicile sur des sujets importants tels les temps d'attente, les chutes et — pour la toute première fois — les expériences des clients.

Ces indicateurs font aussi l'objet de rapports destinés au public, aux fournisseurs et aux dirigeants politiques. Le public peut se servir des indicateurs pour mieux comprendre ce qu'il en est des soins à domicile; les fournisseurs peuvent les utiliser afin de comparer leur performance à celle des autres et d'améliorer leurs processus; et les dirigeants politiques peuvent y découvrir des tendances et des orientations pour leurs politiques. Bien qu'on ne projette pas actuellement d'évaluer les effets de ces indicateurs sur les processus d'amélioration de la qualité, des discussions suivies ont eu lieu avec le groupe de travail, qui ont optimisé la façon de faire rapport de ces indicateurs et sont à l'origine de l'objectif actuel de faire rapport de ces données à l'échelle des fournisseurs.

External Source: <http://www.hqontario.ca/>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

L'histoire de CHRIS (acronyme anglais du Client Health Related Information System : système de renseignements concernant la santé du client)

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Soins à domicile et soins communautaires
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Émergente

En Ontario, l'Association des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) a déployé le système de renseignements concernant le client (communément appelé CHRIS). CHRIS est un système de gestion des données du client par interface web, qui comprend quatre éléments essentiels : gestion de cas, approvisionnement en services, rapports et gestion financière. Ce système regroupe la planification des ressources et la gestion des renseignements des clients, amenuisant les difficultés d'entrées multiples des données, éliminant la nécessité d'envoyer les renseignements des clients par télécopieur et les recommandations multiples de services. L'Association a mis au point son propre système électronique, car les fournisseurs de logiciels n'étaient pas capables de répondre à tous ses besoins.

Voici quelques-unes des composantes fondamentales de CHRIS :

- lien direct aux évaluations, CHRIS et RAI-HC fonctionnant comme une application transparente, permettant l'entrée automatisée des renseignements et la compilation rapide des résultats;
- transfert automatisé des fichiers pour les fournisseurs et les organismes, permettant la communication fluide des renseignements importants entre les gestionnaires de cas, les organismes et les fournisseurs de soins;
- codage géographique et cartographie pour les recommandations aux gestionnaires de cas et aux fournisseurs de soins;
- intégration transparente au système de gestion des documents des CASC, première étape d'une automatisation plus poussée des transferts internes et externes de documents des CASC.

Presque tout le personnel (96 %) des CASC travaille avec CHRIS, et des plans sont faits pour continuer l'intégration avec d'autres organismes et fournisseurs. Les défis qui se sont posés étaient notamment les suivants : problèmes d'intégrité des données, d'interfaces avec les systèmes existants de données des clients, de changements de culture pour parvenir à un équilibre entre la dimension humaine et la dimension électronique des soins, pour répondre au mieux aux besoins des clients. Les participants ont pu relever ces défis en travaillant dans la confiance, en communiquant, en planifiant et en collaborant.

External Source: www.ccac-ont.ca/Upload/oaccac/General/MA03.pdf



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Patient Safety in the Netherlands

LOCATION:	International	THÈME DE LA SANTÉ:	Performance Measurement and Reporting
HEALTH SECTOR:	Acute Care	CADRE CATÉGORIE:	Non classée (Archivé)

Dans cette enquête, les répondants des Pays-Bas ont systématiquement signalé peu d'erreurs médicales, y compris d'erreurs de diagnostic et de laboratoire ou de médication. Par contre, parmi tous les répondants qui ont dit avoir été victimes d'une erreur de soins de santé, ceux des Pays-Bas ont signalé le plus d'erreurs aux conséquences « très graves ». Bien sûr, les populations et les systèmes de santé du Canada et des Pays-Bas sont différents, mais que pouvons-nous apprendre de ce pays? Aux Pays-Bas, les fournisseurs de soins de santé sont tenus de documenter la qualité des soins qu'ils fournissent, en se référant à des directives probantes et à des indicateurs de performance. De plus, le milieu médical attache une grande valeur aux directives probantes de prescription des médicaments, qui sont très respectées. Beaucoup d'hôpitaux aux Pays-Bas ont adopté, au moins en partie, le Système de gestion de la sécurité de ce pays. Ce système comprend entre autres les éléments clés suivants : inventaire des risques, rapport d'incidents sans accusation; méthode probante d'analyse des risques, des erreurs et des incidents; méthode d'application des changements et des mesures d'amélioration en fonction des analyses d'incidents. Les Pays-Bas parviennent à ces résultats alors qu'ils consacrent un plus petit pourcentage de leur PIB aux soins de santé, comparés à de nombreux autres pays, surtout pour les médicaments.

External Source: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-5-50.pdf>



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Rapports sur les soins de longue durée

LOCATION:	Ontario	THÈME DE LA SANTÉ:	Accès et temps d'attente
HEALTH SECTOR:	Home and Community Care	CADRE CATÉGORIE:	Non classée (Archivé)

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) a créé un site Web public où vous trouverez des renseignements sur la qualité des soins de santé. Allez à www.ohqc.ca, version française, et cliquez sur Rapports sur les soins de longue durée. Toutes les données de ce récit proviennent de ce site Web. Vous pourrez y faire des recherches pour trouver les résultats d'une maison de soins infirmiers pour les indicateurs suivants : chutes : pourcentage des résidents qui ont fait une chute au cours des 30 derniers jours; plaies de pression (plaies de lit) : pourcentage des résidents qui ont une nouvelle plaie de pression et pourcentage de ceux dont la plaie de pression s'est aggravée récemment; contrôle de la vessie : pourcentage des résidents dont le contrôle de la vessie s'est dégradé. Ce type de rapport public est relativement nouveau et depuis janvier 2011, seuls environ 70 des 632 établissements de soins de longue durée en Ontario font des rapports dans le cadre de ce système. La plupart des établissements ne recueillent pas encore suffisamment de données selon la méthode normalisée requise pour une participation. C'est pourquoi le COQSS recommande de ne pas se servir de ce site pour choisir un établissement de soins de longue durée, tant que les renseignements donnés ne seront pas plus complets. L'objectif de ce site est plutôt d'encourager les résidents, les familles et le personnel à discuter des résultats affichés et à travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins.

External Source: www.ohqc.ca



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

Bases de données documentaire et statistique sur la santé du Centre métis

LOCATION:	National	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

En 2009, afin de faciliter l'accès à des informations sur la santé et le mieux-être liées aux Métis, le Centre métis de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a créé deux bases de données. La première de ces bases de données, mise au point en collaboration avec Statistique Canada, contient des centaines de tableaux et de graphiques statistiques provenant de l'Enquête auprès des peuples autochtones 2006. Elle est d'utilisation facile et la recherche se fait par mot clé. La deuxième base de données est un catalogue interrogeable d'articles évalués par les pairs et de littérature grise sur la santé des Métis publiés au cours des 30 dernières années. Les articles sont résumés de façon sommaire dans la base de données, qui fournit les liens vers les versions en texte intégral ainsi que des renseignements sur le type de recherche.

Le Centre métis prévoit de continuer à renforcer et à améliorer ses bases de données statistique et documentaire en ligne :

1. en incluant les tableaux statistiques de l'enquête auprès des enfants autochtones (enfants et jeunes) connexe à l'Enquête auprès des peuples autochtones et au recensement 2006;
2. en préparant de courts tutoriels interactifs en ligne sur les concepts statistiques;
3. en complétant le glossaire de termes statistiques et épidémiologiques;
4. en ajoutant des cartes tirées des tableaux statistiques;
5. en incluant peut-être des tableaux statistiques par région de santé précise.

External Source: www.naho.ca/Métiscentre



Share to: [Facebook](#) [Twitter](#) [LinkedIn](#)

« Hook and Hub » : Collecte d'informations par l'Université de Victoria sur les noyaux multiservices exploitées par les Premières nations

LOCATION:	Colombie-Britannique	THÈME DE LA SANTÉ:	Santé des Autochtones
HEALTH SECTOR:	Public Health	CADRE CATÉGORIE:	Non classée

Les démonstrations de noyaux multiservices pilotés par la communauté sont une manière efficace et adaptée à la réalité culturelle de soutenir la prestation et l'utilisation opportunes et adéquates de services de santé et de développement axés sur la famille et l'enfance. Le renforcement de la capacité communautaire précède chaque étape de l'extension des programmes et des services, de sorte que les membres de la communauté sont prêts à participer à la prestation de services en tant que professionnels. Les services commencent par des programmes de mobilisation des aînés, de nutrition saine et d'économie domestique, ainsi que des groupes de jeu pour les nourrissons et les tout-petits. Des programmes, des services et des formations à la promotion de la santé s'y ajoutent en fonction de besoins et d'objectifs désignés par la communauté. L'extension des services communautaires est proportionnelle à l'état de préparation de la communauté. La collecte d'information et l'évaluation continues assurent l'autocorrection et la communication des apprentissages. Le fait de pouvoir accomplir leurs travaux dans un contexte de collaboration et de multiservice est un soutien pour les professionnels des services externes œuvrant auprès des familles.

External Source: www.ecdip.org